



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Αξιολόγηση των κοινωνικών αναγκών των ατόμων που
χρησιμοποιούν Υπηρεσίες Κινητής Μονάδας Ψυχικής
Υγείας Κεντρικής Ελλάδος»**

Ιωάννα Χιώτη
Κοινωνική Λειτουργός

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήμα Νοσηλευτικής –
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής-ΤΕΙ Λάρισας, Μέλος
Τριμελούς Επιτροπής

Δρ Μαίρη Γκούβα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχολογίας – ΤΕΙ Ηπείρου, Μέλος
Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2016



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**Assessment of the social needs of people who use services of
a Mobile Unit of Mental Health in Central Greece**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Βασίλειο Ραφτόπουλο για την καθοδήγηση και τις πολύτιμες συμβουλές που μου παρείχε καθώς χωρίς αυτές, δεν θα ήταν δυνατό να ολοκληρωθεί η παρούσα εργασία.

Ακόμη θα ήθελα να απευθύνω ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους όσους με βοήθησαν και με στήριζαν προκειμένου να έρθει εις πέρας αυτή η προσπάθεια και ιδιαιτέρως στην οικογένειά μου.

Τέλος ευχαριστώ θερμά τον κόσμο που δέχτηκε να συμμετάσχει στην έρευνα, αλλά και το προσωπικό της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Καρδίτσας για την παροχή κάθε δυνατής διευκόλυνσης στο έργο μου.

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	5
Abstract	6
Εισαγωγή.....	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	9
1. Η ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	10
1.1. Γενικές αρχές για την οργάνωση των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας – Η περίπτωση των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας	10
1.2. Ταυτότητα και αποστολή της Κινητής Μονάδας	11
1.3. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας	12
1.4. Τομέας ευθύνης.....	12
1.5. Σε ποιους απευθύνεται.....	12
2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	14
2.1. Ευρωπαϊκό περιβάλλον.....	14
2.2. Η κατάσταση στην Ελλάδα.....	15
3. ΤΟ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ Κ.Μ.Ψ.Υ.....	17
3.1. Η περίπτωση της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Σπάρτης.....	17
3.2. Η περίπτωση της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας.....	18
3.3. Η περίπτωση της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Καρδίτσας	20
4. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	22
4.1. Ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών	22
4.2. Η διεθνής εμπειρία.....	23
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	26
5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	27
5.1 Σκοπός.....	27
5.2 . Πληθυσμός μελέτης	27
5.3 Συλλογή δεδομένων και διαδικασία	28
5.4 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας	29
5.5 Περιγραφική στατιστική	29
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	37
6.1 Ανάλυση περιεχομένου.....	37
7.ΣΥΖΗΤΗΣΗ	53
7.1 Συμπεράσματα	56
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	58

Περίληψη

Εισαγωγή : Οι κοινωνικές ανάγκες των ατόμων είναι εκείνες που καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την αλληλεπίδραση με το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον τους, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις η μη ικανοποίησή τους αποτελεί παράγοντα αναζήτησης ψυχοκοινωνικής στήριξης από Μονάδα Ψυχικής Υγείας.

Σκοπός: Ήταν η αξιολόγηση των γνώσεων και των πεποιθήσεων των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σχετικά με τις κοινωνικές τους ανάγκες και τη χρησιμότητα της ΚΜΨΥ.

Δείγμα και μέθοδος: Συμμετείχαν 15 άτομα –χρήστες υπηρεσιών της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας. Κατά την ποιοτική φάση της έρευνας, η συλλογή των δεδομένων προέκυψε από την χρήση συνέντευξης και τα αποτελέσματα συσχετίστηκαν με τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά.

Αποτελέσματα: Αντικειμενικοί παράγοντες, όπως το χαμηλό εισόδημα και οι αυξημένες οικογενειακές υποχρεώσεις, περιορίζουν την ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών, ενώ τονίζονται η συχνά συντηρητική στάση και οι διακρίσεις που μπορεί να αναφύονται σε μια κλειστή επαρχιακή κοινωνία. Το κυριότερο αίτημα προσέλευσης στη μονάδα είναι η συμβουλευτική στήριξη και οι κοινές ψυχιατρικές διαταραχές. Οι εξυπηρετούμενοι δηλώνουν εξαιρετικά ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες της ΚΜΨΥ.

Συμπεράσματα : Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν τον πολύ σημαντικό ρόλο των ΚΜΨΥ για την πρόληψη και αποκατάσταση στο πεδίο της ψυχικής υγείας, την αποδοχή της από την κοινότητα και την ανάγκη περαιτέρω ενίσχυσης και αποκεντροποίησης των πρωτοβάθμιων ψυχιατρικών υπηρεσιών στο σύνολο της χώρας.

Λέξεις –κλειδιά: ικανοποίηση, κινητή μονάδα ψυχικής υγείας, ανάγκες, κοινωνικές ανάγκες

Abstract

Introduction: The social needs of people largely determine the interaction with the internal and external environment, and in some cases, the non-satisfaction comprises a factor that leads to seek for psychosocial support by the Mental Health Unit.

Aim: The assessment of the knowledge and belief of mental health service users about their social needs and usefulness of MUMH.

Sample and methods: Fifteen subjects participated -users of Mobile Unit of Mental Health services. In the qualitative phase of research, data collection was carried out by using the interview and the results were correlated with their sociodemographic characteristics.

Results: Objective factors, such as low income and increased family responsibilities limit the satisfaction of social needs, while the often conservative attitude and discrimination that may arise in a closed provincial community is highlighted. The main turnout request to the unit is counseling and common psychiatric disorders. The MUMH clients state their extreme satisfaction with the services of MUMH.

Conclusions: The findings of this study highlight the important role of MUMH for prevention and rehabilitation in the field of mental health, its acceptance by the community and the need for further strengthening and decentralization of primary care psychiatric services throughout the country.

Key-words: satisfaction, mobile mental health unit, social needs

Εισαγωγή

Ο άνθρωπος ως μια σύνθετη βιοψυχοκοινωνική οντότητα ζει, αναπτύσσεται και αλληλεπιδρά με το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον του. Οι παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην διαμόρφωση των αξιών του, των επιθυμιών του και των αναγκών του, αφορούν τόσο στα ατομικά χαρακτηριστικά, την κληρονομικότητα, σε ψυχολογικούς παράγοντες καθώς και σε μεγάλο βαθμό στις κοινωνικές επιρροές και επιταγές [1]. Πιο συγκεκριμένα, οι κοινωνικές ανάγκες είναι εκείνες που ως ένα βαθμό καθορίζουν τις συμπεριφορές, τα συναισθήματα και τις προτεραιότητες του ατόμου σε σχέση με τον εαυτό του και το κοινωνικό σύνολο καθώς επίσης μπορεί να προσδιορίζουν τις πρωτοβουλίες που είναι διατεθειμένο το άτομο να πάρει ώστε να βελτιώσει σημαντικούς τομείς της ζωής του και της υγείας του [2].

Βέβαια η έννοια της ανάγκης γενικά, αποτελεί υποκειμενική άποψη διότι παρατηρείται μεγάλη απόκλιση στην έκφραση και την περιγραφή της μεταξύ των ατόμων και για το λόγο αυτό δεν είναι εύκολο να αποδοθεί ένας κοινώς αποδεκτός ορισμός [3]. Όσον αφορά στις κοινωνικές ανάγκες αυτές αφορούν στην αίσθηση του ανήκειν, της κοινωνικής συμμετοχής, της αποδοχής από το κοινωνικό σύνολο αλλά και την διατήρηση ταυτόχρονα της κοινωνικής ανεξαρτησίας [4].

Σε ερευνητικό επίπεδο [5], η αξιολόγηση των κοινωνικών αναγκών των ατόμων που προσέρχονται σε μια μονάδα ψυχικής υγείας, είτε λόγω φόρτου εργασίας των επαγγελματιών υγείας, είτε λόγω έλλειψης προσωπικού και έλλειψης διάθεσης χρόνου δεν πραγματοποιείται. Επομένως παρατηρείται αδυναμία καταγραφής δεδομένων και εκπόνησης συγκριτικών μελετών οι οποίες θα επιτρέψουν την βαθύτερη κατανόηση των κοινωνικών αναγκών των ασθενών.

Αναλυτικότερα, η εκτίμηση των αναγκών προϋποθέτει τη συλλογή και αξιολόγηση πληροφοριών από τους πάσχοντες, τον καθορισμό των στόχων [6] και την ιεράρχηση προτεραιοτήτων με απώτερο σκοπό τη δημιουργία ενός κοινού πλαισίου για την παρακολούθηση και τη βελτίωση της υγείας, την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας[7] συμπεριλαμβανομένης της παροχής φροντίδας στο κλινικό χώρο και της αποτελεσματικότερης αξιοποίησης των δυνατοτήτων των επαγγελματιών υγείας [8].

Σύμφωνα με τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής ο πάσχων βγαίνει από το στενό και περιορισμένο ασυλικό περιβάλλον και ενθαρρύνεται να παραμένει ενεργό μέλος της κοινωνίας, η έκφραση και πραγμάτωση των κοινωνικών του αναγκών αποκτούν μεγαλύτερη διάσταση. Η ανάγκη της ενσωμάτωσης στο οικογενειακό, συγγενικό, φιλικό και εργασιακό περιβάλλον αποτελούν βασικούς άξονες της αξιοπρεπούς διαβίωσης και της εξέλιξης της πορείας της υγείας του. Επιπρόσθετα σημαντικό ρόλο επιτελούν και τα κοινωνικά δίκτυα [9] καθώς και η διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας τα οποία ενεργοποιούν το κοινωνικό

κεφάλαιο προς την ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών. Έτσι οδηγούμαστε στην επίτευξη της κοινωνικής ευημερίας, της κοινωνικής συνοχής καθώς και στην καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος [10] που απορρέει από την ψυχική νόσο.

Αφορμή για την παρούσα μελέτη αποτέλεσε το αίσθημα του κοινωνικού αποκλεισμού που βιώνουν τα άτομα που κάνουν χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας και πιο συγκεκριμένα της ΚΜΨΥ επαρχιακής πόλης Κεντρικής Ελλάδος τόσο στο στενό όσο και στο ευρύτερο περιβάλλον τους (οικογενειακό-συγγενικό-κοινωνικό) ενώ θεωρήθηκε χρήσιμο να αποτυπωθεί η άποψή τους, οι γνώσεις τους και οι στάσεις τους για τις κοινωνικές τους ανάγκες. Επιπρόσθετα διερευνήθηκε αν και κατά πόσο σχετίζονται οι απόψεις τους με τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά και τέλος αναζητήθηκαν οι παράγοντες που διαμορφώνουν αυτές τις ανάγκες .

Η παρούσα εργασία περιλαμβάνει δυο ενότητες: το Γενικό μέρος και το Ειδικό. Στο Γενικό μέρος και στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας και των αρμοδιοτήτων τους. Στο δεύτερο κεφάλαιο παραθέτονται επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με τα ψυχικά νοσήματα από τον Ευρωπαϊκό χώρο αλλά και την Ελλάδα. Το τρίτο κεφάλαιο αφορά στα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που επισκέπτονται ΚΜΨΥ ενώ στο τέταρτο κεφάλαιο επιχειρείται μια σύντομη παρουσίαση σχετικά με την ικανοποίηση των χρηστών των κινητών μονάδων στο εξωτερικό.

Στο Ειδικό μέρος περιγράφονται ο σκοπός της έρευνας, η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την συλλογή των δεδομένων καθώς και τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων. Στο τέλος γίνεται η συζήτηση επί των αποτελεσμάτων με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. Γενικές αρχές για την οργάνωση των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας – Η περίπτωση των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας

Σύμφωνα με την φιλοσοφία της κοινοτικής ψυχιατρικής, ο σχεδιασμός και η οργάνωση των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στηρίζονται στις ακόλουθες γενικές αρχές οι οποίες αποτελούν τις κατευθυντήριες γραμμές και για την περίπτωση των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας [11]:

A. Μετάθεση της βασικής ψυχιατρικής φροντίδας από τα νοσοκομεία στην κοινότητα

B. Μετάθεση του κέντρου ενδιαφέροντος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας από την αρρώστια στο άτομο και την κοινωνική μειονεξία που αυτό παρουσιάζει

Γ. Μετάθεση από την ατομική προσέγγιση της αρρώστιας σε μια συλλογική δράση και σχέδιο φροντίδας με επίκεντρο τους ασθενείς και το περιβάλλον τους. Πιο συγκεκριμένα:

- i. Διεπιστημονικότητα και πολυκλαδικότητα στον τρόπο παροχής υπηρεσιών
- ii. Αξιοποίηση των πόρων αυτοβοήθειας, αυτο-στήριξης των ίδιων των ασθενών
- iii. Αξιοποίηση των πόρων των οικογενειών
- iv. Αγωγή του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας
- v. Ουσιαστική αξιοποίηση και αναβάθμιση της συνεργασίας με μη επαγγελματίες ψυχικής υγείας
- vi. Κριτική μελέτη και αξιολόγηση της αξίας της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων
- vii. Ανάπτυξη διατομεακής συνεργασίας και αξιοποίηση των κοινοτικών πόρων. Αναβάθμιση των μορφών ενεργούς αλληλεγγύης που προσφέρεται από οργανωμένες κοινωνικές ομάδες, καθώς επίσης και από τοπικούς θεσμούς ανοικτούς στα κοινωνικά προβλήματα

Δ. Επιδίωξη της αρχής της ισότητας στην υγεία και στην Φροντίδα Υγείας [12]. Η ισότητα στην Υγεία αποτελεί στόχο της Δημόσιας Πολιτικής που σχετίζεται με τον τρόπο με τον οποίο κατανέμονται οι πόροι και τη συστηματική καταπολέμηση διαφορών που δεν θεωρούνται αναπόφευκτες, άδικες και αθέμιτες. Πιο συγκεκριμένα αφορά στην: ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα για ίδιες ανάγκες, ίση χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας για ίδιες ανάγκες, ίδια ποιότητα στη φροντίδα υγείας για όλους[13].

E. Κοινοτική διάσταση της συλλογικής δράσης, στο πλαίσιο της τομεοποίησης (έννοια της περιορισμένης ευθύνης – τομεοποίηση)

ΣΤ. Πρακτική – συναισθηματική διάσταση της συλλογικής δράσης

Ζ. Συνέργεια τοπικών κοινωνικών πολιτικών: ενεργοποίηση κοινωνικών πολιτικών τόσο σε τοπικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο περιφέρειας με στόχο την στήριξη των άμεσων αναγκών στους τομείς της κατοικίας

Η. Συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, με Τοπικές Διοικητικές Αρχές με στόχο την πραγμάτωση μιας νέας οργάνωσης των υπηρεσιών πρόνοιας, υγείας και ψυχικής υγείας.

1.2. Ταυτότητα και αποστολή της Κινητής Μονάδας

Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα με το άρθρο 7 του Ν.2719/99 μπορεί να αποτελούν μονάδες νοσοκομείων, Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας, Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, Κέντρων Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων [14]. Σύμφωνα με το άρθρο 11 του Ν.2716/99 η ίδρυση και λειτουργία των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας μπορεί να γίνει και από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την λειτουργία της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας είναι οι ακόλουθες [15]:

- α) Η σύσταση της ΚΜΨΥ από τον Υπουργό Υγείας μετά από πρόταση της αντίστοιχης Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας (για τις ΚΜΨΥ που ορίζονται από το άρθρο 7 Ν.2716/99)
- β) Η σύσταση των θέσεων προσωπικού
- γ) Ο ορισμός του επιστημονικά υπευθύνου της ΚΜΨΥ
- δ) Ο ορισμός της Πολυκλαδικής Ομάδας
- ε) Η κατάσταση ολοκληρωμένου προγράμματος παροχής υπηρεσιών της ΚΜΨΥ από τον φορέα στον οποίο ανήκει η Κινητή Μονάδα στην Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και η έγκρισή του από τον Υπουργό Υγείας
- στ) Η εξασφάλιση του απαραίτητου εξοπλισμού για την λειτουργία της Μονάδας
- ζ) Η λειτουργική διασύνδεση με τις άλλες Μονάδες Ψυχικής Υγείας που λειτουργούν στο πλαίσιο του αντίστοιχου Τομέα Ψυχικής Υγείας.

Επιπρόσθετα, για τις ΚΜΨΥ των οποίων η ίδρυση και λειτουργία γίνεται από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα ισχύει το σύνολο των προϋποθέσεων όπως αυτές ορίζονται στην αριθμ.Υ5β/οικ. 1962/2000 υπουργική απόφαση για «...τον καθορισμό των προϋποθέσεων, δικαιολογητικών, διαδικασίας και κάθε άλλης λεπτομέρειας για έγκριση σκοπιμότητας και χορήγηση άδειας ίδρυσης και άδειας λειτουργίας στον ιδιωτικό κερδοσκοπικό και μη κερδοσκοπικό τομέα» [16].

1.3. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας [17] αποτελεί μια μορφή οργάνωσης της ψυχιατρικής περίθαλψης και φροντίδας που έχει ως βασικό χαρακτηριστικό την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε διασύνδεση με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελώντας ταυτόχρονα τον συνδετικό κρίκο με το δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας. Αυτό που διαφοροποιεί την ΚΜΨΥ από τις υπόλοιπες δομές υγείας είναι η ελάχιστη χρήση της δικής της υποδομής και η μεγιστοποίηση της χρήσης υποδομής που ανήκει σε άλλες υπηρεσίες υγείας.

Πιο συγκεκριμένα και σύμφωνα με το Ν 2716/99 [18] η ΚΜΨΥ παρέχει υπηρεσίες:

Α) σε Τομείς Ψυχικής Υγείας που η γεωγραφική τους έκταση και διαμόρφωση, η οικιστική τους διασπορά καθώς και οι οικονομικές, κοινωνικές και οι πολιτισμικές συνθήκες σε συνδυασμό με την φύση των ψυχικών διαταραχών δυσχεραίνουν την πρόσβαση των κατοίκων αυτών των περιοχών σε υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

Β) σε Τομείς Ψυχικής Υγείας όταν δεν υπάρχουν επαρκείς υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

1.4. Τομέας ευθύνης

Σύμφωνα με την αρχή της τομεοποίησης, η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας προχώρησε στον γεωγραφικό διαχωρισμό της χώρας σε Τομείς Ψυχικής Υγείας, οι οποίοι έχουν στην ευθύνη τους έναν συγκεκριμένο αριθμό υπηρεσιών υγείας έτσι ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες των πολιτών στον συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εξέδωσε οδηγία σύμφωνα με την οποία ο κάθε Τομέας θα πρέπει να περιλαμβάνει περίπου 70.000-150.000 κατοίκους. Για τον σκοπό αυτό, η χώρα έχει διαιρεθεί σε Τομείς Ψυχικής Υγείας, όπου κάθε νομός αποτελεί και ένα Τομέα πλην των νομών με μικρό πληθυσμό. Αυτοί εντάσσονται στον ίδιο τομέα με γειτονικούς νομούς [19].

Έτσι κάθε Κινητή Μονάδα καλύπτει συγκεκριμένο τομέα ευθύνης και σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Υ5β/οικ. 1662 δραστηριοποιείται σε Τομείς Ψυχικής Υγείας που η γεωγραφική έκταση και διαμόρφωση σε συνδυασμό με κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες δυσχεραίνεται η επαφή των κατοίκων αυτών των περιοχών σε Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.

1.5. Σε ποιους απευθύνεται

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας [15,20] απευθύνεται σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες που είτε πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και/ ή ψυχοκοινωνικά προβλήματα, είτε ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για εκδήλωση ψυχικής νόσου. Απευθύνεται ακόμη και στον υγιή πληθυσμό εφαρμόζοντας προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης, στους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τους εκπαιδευτικούς, τις τοπικές αρχές και

όλους εκείνους που είναι δυνητικοί συμμετέτοχοι στην εφαρμογή δράσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας, την καταπολέμηση του αποκλεισμού και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι:

- Ψυχολογική και αφορά στην ενημέρωση, ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία
- Ψυχιατρική και αφορά στην ψυχοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία
- Κοινωνική και περιλαμβάνει την διεκπεραίωση προνοιακών θεμάτων των εξυπηρετούμενων, επαγγελματική κινητοποίηση και αποκατάσταση
- Νοσηλευτική φροντίδα και αποκατάσταση της λειτουργικότητας
- Συμβουλευτική

Στόχος των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι:

- Η αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας
- Η βελτίωση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας και αποφυγή των υποτροπών
- Η βελτίωση των κοινωνικών ικανοτήτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές μέσω της καλλιέργειας κοινωνικών δεξιοτήτων
- Η φροντίδα και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές και συνοδά ψυχοκοινωνικά προβλήματα
- Η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα ψυχοκοινωνικού ενδιαφέροντος με σκοπό την μείωση του κοινωνικού στίγματος που απορρέει από την ψυχική νόσο αλλά και των διακρίσεων.
- Η πρόληψη σε θέματα ψυχικής υγείας αναπτύσσοντας προγράμματα σε σχολικά πλαίσια, εργασιακούς χώρους, συλλόγους κ.α.

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

2.1. Ευρωπαϊκό περιβάλλον

Η Ευρωπαϊκή Ένωση σχετικά πρόσφατα ενέταξε στο πρόγραμμά της την ανάπτυξη κοινοτικής στρατηγικής για την ψυχική υγεία. Η σύγκλιση του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου το 1999 με τις σχετικές αποφάσεις για θέματα ψυχικής υγείας καθώς και η θέσπιση της Παγκόσμιας Ημέρας Ψυχικής Υγείας το έτος 2001 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αποτέλεσαν το εφαλτήριο για την ανάληψη πρωτοβουλιών σχετικά με την διαμόρφωση στρατηγικής για την ψυχική υγεία σε όλη την Ευρωπαϊκή Ήπειρο [21].

Λίγα χρόνια αργότερα, το 2008 μετά από πρόσκληση του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου και του Ευρωπαϊκού Γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας οι διαβουλευσεις όλων των Κρατών –Μελών με θεματολογία την Ψυχική Υγεία οδήγησαν στην σύναψη Συμφώνου για την Ψυχική Υγεία και Ευημερία. Σε αυτή την ευρωπαϊκή διάσκεψη συμμετείχαν επίσης και οργανώσεις αλλά και εμπλεκόμενοι φορείς με αντικείμενο την ψυχοκοινωνική υγεία των ατόμων.

Οι επιδημιολογικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε διάφορες χώρες της Ευρώπης –συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας έχουν καταδείξει ότι οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν ένα μεγάλο πρόβλημα της Δημόσιας Υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ένα ποσοστό της τάξης 10% έως 20% των ευρωπαίων πολιτών υποφέρει ανά πάσα στιγμή στη ζωή του από κάποιας φύσης ψυχική διαταραχή που καταλήγει σε αναπηρία για το υπόλοιπο της ζωής τους. Οι ψυχικές και συμπεριφορικές νόσοι παρουσιάζονται σε όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτως φύλου ή φυλής. Εμφανίζονται σε όλες τις πόλεις, χώρες και κοινωνίες είτε αυτές είναι αστικές είτε αγροτικές και είναι παρούσες μεταξύ πλουσίων και φτωχών ατόμων. Επομένως ο μύθος ότι οι αγροτικές κοινωνίες οι οποίες ζουν μακριά από τους έντονους ρυθμούς των μεγάλων αστικών κέντρων δεν εμφανίζουν ψυχοπαθολογία, δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα [22]. Δύο πρόσφατες μελέτες που έχουν διεξαχθεί το έτος 2011 συνέλεξαν επιδημιολογικά δεδομένα από χώρες τις Ευρώπης για τις ψυχικές και νευρολογικές διαταραχές έτσι ώστε καταγραφεί ο επιπολασμός των διαταραχών και να συνυπολογίσουν το κοινωνικό και οικονομικό κόστος που προκύπτει για την φροντίδα της νόσου. Τα αποτελέσματα των ερευνών δείχνουν ότι ο επιπολασμός για τις ψυχώσεις είναι στο 1,2% και η αναγωγή του σε πληθυσμό είναι περί τα 5 εκ. άτομα ενώ για την Ελλάδα υπολογίζεται ότι νοσούν περί τα 132.000 άτομα. Όσον αφορά την διπολική διαταραχή το ποσοστό σε ευρωπαϊκό επίπεδο ανέρχεται στο 0,9% και αντιστοιχεί σε 3 εκ. άτομα ενώ για την Ελλάδα είναι 99.000 άτομα [23].

Οι πιο συχνές ψυχικές διαταραχές οι οποίες εμφανίζονται με τα μεγαλύτερα ποσοστά αφορούν στα συμπτώματα άγχους, τις συναισθηματικές διαταραχές και τις σωματικές ενοχλήσεις. Παρόλο που οι συγκεκριμένες διαταραχές δεν είναι σοβαρής μορφής και

αντιμετωπίζονται πιο εύκολα από τις ψυχώσεις, ωστόσο δεν παύουν να αποτελούν αιτία για πτώση του επιπέδου λειτουργικότητας των ασθενών και κατά συνέπεια αιτία για κακή ποιότητα ζωής.

Στον παρακάτω πίνακα εμφανίζεται ο επιπολασμός των διαταραχών αυτών όπως καταγράφηκε σε 30 ευρωπαϊκές χώρες:

Πίνακας 1.Ο επιπολασμός των συχνότερων ψυχικών διαταραχών σε 30 ευρωπαϊκές χώρες

Διαταραχή	Επιπολασμός	Πληθυσμός (σε εκατομμύρια άτομα)	Αναγωγή στην Ελλάδα (σε χιλιάδες άτομα)
Μείζων Κατάθλιψη	6,9	30,3	759
Διαταραχή Πανικού	1,8	7,9	198
Αγοραφοβία	2,0	8,8	220
Κοινωνική Φοβία	2,3	10,1	253
Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους	1,7-3,4	8,9	225
Ειδικές Φοβίες	6,4	22,7	704
Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή	0,7	2,9	77
Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματισμό	1,1-2,9	7,7	200
Σωματόμορφη Διαταραχή	4,9	20,4	539
Ψυχογενής Ανορεξία	0,2-0,5	0,8	38,5
Ψυχογενής Βουλμία	0,1-0,9	0,7	35

Πηγή:Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ψυχαργός Γ'(2011-2020). Ομάδα εργασίας για την αναθεώρηση του «Ψυχαργός». Νοέμβριος 2011.

Όπως διαφαίνεται στον παραπάνω πίνακα η μείζονα κατάθλιψη παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τις υπόλοιπες διαταραχές και σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η κατάθλιψη αποτελεί την κύρια αιτία ανικανότητας διεθνώς και καταλαμβάνει την τέταρτη θέση στις 10 κύριες νόσους με την μεγαλύτερη επιβάρυνση στην Δημόσια Υγεία [24].

2.2. Η κατάσταση στην Ελλάδα

Όσον αφορά τον Ελλαδικό χώρο υπάρχουν ελάχιστα επιδημιολογικά στοιχεία για την κατάσταση της ψυχικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Για την ακρίβεια, τα πιο πρόσφατα και αξιόπιστα στοιχεία προέρχονται από την πρόσφατη έρευνα σε τυχαίο δείγμα 4900 ατόμων

ηλικίας 18-74 ετών. Σύμφωνα με τα πρώτα αποτελέσματα, το 14% των Ελλήνων(1.200.000 άτομα), πάσχουν από κάποια «συνήθη» ψυχική διαταραχή, συνήθως κατάθλιψη ή αγχώδη διαταραχή. Στους μισούς από αυτούς, (7% ή περίπου 600.000 άτομα), η ψυχική διαταραχή είναι αρκετά σοβαρή ώστε να απαιτείται θεραπευτική παρέμβαση. Εν τούτοις, μόνο το 25% από αυτούς έχει επαφή με ψυχίατρο για το πρόβλημά του, ενώ μόνο το 50% έχει συζητήσει το θέμα με τον οικογενειακό τον γιατρό. Η συχνότητα των ψυχικών διαταραχών σε αυτήν την έρευνα, δεν διαφέρει από εκείνη σε έρευνες με την ίδια μεθοδολογία σε άλλες χώρες, όπως στην Μ. Βρετανία, όμως το «χάσμα στη θεραπεία» σε αυτές είναι πολύ μικρότερο [25,26].

Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα σε αυτήν την έρευνα, είναι η συχνότητα των διαταραχών αλλά και ορισμένων συμπτωμάτων σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού. Η συχνότητα των κατάθλιψης στους άνεργους [27] και τους συνταξιούχους είναι υπερδιπλάσια από τους εργαζόμενους (5,4% προς 2,2%), η συχνότητα ψυχικών διαταραχών στα άτομα με σοβαρές οικονομικές δυσκολίες είναι περισσότερο από επτά φορές μεγαλύτερη από τα άτομα χωρίς οικονομικές δυσκολίες (22% προς 3%), με την κατάθλιψη ειδικότερα να είναι 11 φορές συχνότερη στους τελευταίους (11,45% προς 1,05%). Ιδιαίτερα σημαντικά είναι τα ευρήματα που αφορούν το σύμπτωμα «ευχές θανάτου», που αφορά στην τάση του ατόμου να θεωρεί το θάνατο ως λύση για τα προβλήματά του. Το σύμπτωμα αυτό συνδέεται με τις ιδέες αυτοκτονίας [28] που με τη σειρά του σχετίζεται με τις απόπειρες αυτοκαταστροφής. Από τα αποτελέσματα, προκύπτει πως οι άνεργοι εμφάνιζαν υπερτριπλάσια συχνότητα σε σχέση με τους εργαζόμενους (10% προς 3%), ενώ τα άτομα με σοβαρές οικονομικές δυσκολίες μεγαλύτερη από έξι φορές συχνότητα σε σχέση με τα άτομα χωρίς οικονομικές δυσκολίες (13% προς 2%). Κατά συνέπεια, το βάθεμα της οικονομικής κρίσης και η επέκταση της ανέχειας σε μεγαλύτερα τμήματα του πληθυσμού, αναμένεται να αυξήσει τη συχνότητα των ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό, εφόσον περισσότερα άτομα θα ανήκουν στις κατηγορίες των ανέργων και των οικονομικά μειονεκτούντων. Επιπλέον, λόγω της οικονομικής κρίσης και της μείωσης των πόρων που το άτομο και το κράτος μπορούν να διαθέσουν για την ψυχική υγεία, το «χάσμα θεραπείας» αναμένεται να διευρυνθεί περισσότερο [29].

3. ΤΟ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ Κ.Μ.Ψ.Υ

3.1. Η περίπτωση της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Σπάρτης [30,31]

Η Κινητή Μονάδα Λακωνίας στην Σπάρτη η οποία ανήκει στην ΑΜΚΕ «ΑΠΟΣΤΟΛΗ» δραστηριοποιείται σ' ολόκληρο τον Νομό Λακωνίας παρέχοντας πολύπλευρες υπηρεσίες σε συνανθρώπους μας με ψυχικές διαταραχές. Οι επωφελούμενοι και οι οικογένειές τους σε συνεργασία με την διεπιστημονική θεραπευτική ομάδα έχουν τη δυνατότητα να μοιραστούν τις εμπειρίες και τις ανησυχίες τους προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που συναντούν στην καθημερινότητά τους, καθώς επίσης να αναπτύξουν επικοινωνιακές και κοινωνικές δεξιότητες. Επιπλέον, η Κινητή Μονάδα παρέχει συμβουλευτικές υπηρεσίες που απευθύνονται σε άτομα ευπαθών κοινωνικών ομάδων, άτομα που αντιμετωπίζουν οικονομικά, κοινωνικά, επαγγελματικά ή προσωπικά προβλήματα, καθώς και σε παιδιά, γονείς και εφήβους.

Αναλυτικότερα το προφίλ των εξυπηρετούμενων που λαμβάνουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας κατά τα πρώτα 6 χρόνια λειτουργίας της Μονάδας διαφαίνεται από τους παρακάτω πίνακες:

Πίνακας 2. Κατανομή κατά φύλο

Φύλο	Ποσοστό %
Άνδρες	38%
Γυναίκες	62%

Πηγή: Αρχεία ΚΜΨΥ Σπάρτης

Οι ηλικιακές κατηγορίες των εξυπηρετούμενων είναι:

Πίνακας 3. Κατανομή κατά ηλικίες

Ηλικιακή ομάδα	Ποσοστό %
1-17 ετών	3%
18-34 ετών	19%
35-49 ετών	25%
50 - 64 ετών	19%
65 ετών και άνω	35,1%

Πηγή: Αρχεία ΚΜΨΥ Σπάρτης

Το εκπαιδευτικό τους επίπεδο είναι:

Πίνακας 4. Εκπαιδευτικό επίπεδο

Εκπαίδευση	Ποσοστό %
Πρωτοβάθμια	51%
Δευτεροβάθμια	41%
Τριτοβάθμια	8%

Πηγή: Αρχεία ΚΜΨΥ Σπάρτης

Η οικογενειακή τους κατάσταση είναι:

Πίνακας 5. Οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	Ποσοστό %
Έγγαμοι	61%
Άγαμοι	30%
Διαζευγμένοι	9%

Πηγή: Αρχεία ΚΜΨΥ Σπάρτης

Η επαγγελματική τους κατάσταση έχει ως εξής:

Πίνακας 6. Επαγγελματική κατάσταση

Επαγγελματική κατάσταση	Ποσοστό %
Εργαζόμενοι	33%
Άνεργοι/άεργοι	67%

Πηγή: Αρχεία ΚΜΨΥ Σπάρτης

Οι διαγνωστικές κατηγορίες διαμορφώνονται ως εξής:

Πίνακας 7. Διαγνωστικές κατηγορίες

Διάγνωση	Ποσοστό %
Συναισθηματικές διαταραχές	41%
Νευρωτικές αγχώδεις και σωματόμορφες διαταραχές	11%
Συμπεριφορικά σύνδρομα που σχετίζονται με φυσιολογικές διαταραχές και φυσικούς παράγοντες	8%
Διαταραχές προσωπικότητας	2%
Νοητική υστέρηση	2%
Διάφορες ψυχικές διαταραχές	10%
Ψυχικές διαταραχές λόγω χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών	3%
Σχιζοφρένεια σχιζοτυπικές και παραληρηματικές διαταραχές	8%

Πηγή: Αρχεία ΚΜΨΥ Σπάρτης

Η Κ.Μ.Ψ.Υ. Σπάρτης παρέχει υπηρεσίες πρόληψης, διαγνωστικής εκτίμησης και θεραπείας, νοσηλείας περίθαλψης κατ'οίκον, υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης και υλοποιεί προγράμματα αγωγής κοινότητας.

Στο πρόγραμμα κινήσεων των κλιμακίων της Κινητής Μονάδας Σπάρτης περιλαμβάνονται δύο επισκέψεις κάθε μήνα στο Νοσοκομείο Μολάων, καθώς επίσης και στα Κέντρα Υγείας Νεάπολης και Αρεόπολης. Το πρόγραμμα δράσεων περιλαμβάνει επίσης ημερίδες ευαισθητοποίησης της κοινότητας πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας καθώς επίσης και σχολές γονέων.

3.2. Η περίπτωση της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας

Η ΚΜΨΥ Ιωαννίνων – Θεσπρωτίας [32] ανήκει στην μη κυβερνητική οργάνωση «Εταιρία Προαγωγής Ψυχικής Υγείας Ηπείρου». Ξεκίνησε την λειτουργία της τον Μάρτιο

του 2007 και απευθύνεται σε άτομα άνω των 18 ετών. Παρέχει τις υπηρεσίες της κατά κύριο λόγο σε άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές όπως οι ψυχώσεις ενώ εξυπηρετεί και ασθενείς με κοινές ψυχικές διαταραχές όπως κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές κτλ. οι οποίες συναντώνται περισσότερο και που δεν παύουν όμως να επιφέρουν στο άτομο σημαντική νοσηρότητα. Το επιστημονικό προσωπικό της Μονάδας αποτελείται από μια διεπιστημονική ομάδα 12 μελών με διαφορετικές ειδικότητες ώστε να παρέχονται πληρέστερες υπηρεσίες. Επισκέπτεται όλα τα Κέντρα Υγείας του νομού Ιωαννίνων καθώς και τα 2 Κέντρα Υγείας του νομού Θεσπρωτίας αποκτώντας με αυτό τον τρόπο τοπική παρουσία σε σταθερή βάση.

Οι διαγνώσεις των σταθερών ασθενών της Μονάδας από την διάρκεια λειτουργίας των πρώτων 6 χρόνων της Μονάδας παρουσιάζονται συνοπτικά στον κάτωθι πίνακα:

Πίνακας 8. Οι διαγνώσεις των σταθερών ασθενών της Μονάδας από την διάρκεια λειτουργίας των πρώτων 6 χρόνων της Μονάδας

Διάγνωση	Ποσοστό ασθενών %
Οργανικές ψυχικές διαταραχές	11,6
Σχιζοφρένεια και συναφείς ψυχώσεις	22,8
Συναισθηματικές διαταραχές	42,6
Αγχώδεις διαταραχές	8
Άλλες διαγνώσεις	14,8

Πηγή: τα δεδομένα συλλέχτηκαν από το τηρούμενο ηλεκτρονικό αρχείο και τα υπόλοιπα αρχεία της ΚΜΨΥ Ι-Θ

Κατά τη διάρκεια της μελέτης των 6 ετών λειτουργίας της Μονάδας, το σύνολο των ασθενών που εξυπηρετήθηκαν από την ΚΜΨΥ είναι 1264 άτομα ενώ οι θεραπευτικές πράξεις που πραγματοποιήθηκαν είναι 10016. Η προσέλευση των εξυπηρετούμενων ανά εξάμηνο παρουσιάζει αυξητική τάση και ιδίως κατά το έτος 2011 όπως έχει καταγραφεί μετά από δημοσίευση σχετικά με την επισκεψιμότητα στα τοπικά Κέντρα Υγείας. Οι λόγοι που συνετέλεσαν μεταξύ άλλων είναι και η υφιστάμενη οικονομική κρίση η οποία πλήττει ολόένα και μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού στρέφοντάς τον προς το δημόσιο σύστημα υγείας και στα Κέντρα Υγείας όπου εκεί βρίσκεται και η έδρα της ΚΜΨΥ Ι-Θ από όπου δέχονται και τις περισσότερες παραπομπές για διαγνωστική εκτίμηση και θεραπεία [33].

Οι ασθενείς με σοβαρή ψυχοπαθολογία όπως οι ψυχώσεις αποτελούν το 22,8% των σταθερά εξυπηρετηθέντων ασθενών από την Μονάδα. Βέβαια αν σε αυτό το ποσοστό προστεθούν και οι 11 ασθενείς με διπολική διαταραχή τότε η Μονάδα φτάνει το 27,8% των

ασθενών που παρακολουθεί με σοβαρές και χρόνιες ψυχικές νόσους. Παρόλο που οι διαταραχές αυτές εμφανίζονται με μικρότερη συχνότητα σε σχέση με τις διαταραχές ήπιας μορφής, εντούτοις είναι ικανές να προκαλέσουν αναπηρία και για τον λόγο αυτό αποτελούν προτεραιότητα των κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας διεθνώς [34].

3.3. Η περίπτωση της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Καρδίτσας [35,36]

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Καρδίτσας ξεκίνησε την λειτουργία της τον Ιούλιο του 2007 στο πλαίσιο του επιχειρησιακού προγράμματος "Υγεία – Πρόνοια 2000-2006" του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης από την Μη Κυβερνητική Οργάνωση "ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ" της Εκκλησίας της Ελλάδος. Από τον Ιανουάριο του 2011 υπάγεται στην Αστική Μη Κυβερνητική Εταιρία "ΑΠΟΣΤΟΛΗ" της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών. Η περιοχή της ευθύνης της αφορά το σύνολο του νομού Καρδίτσας, αποτελώντας τον διασυνδεδετικό κρίκο ανάμεσα στην Πρωτοβάθμια και την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας λόγω έλλειψης Ψυχιάτρου του ΕΣΥ.

Πιο συγκεκριμένα, η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Καρδίτσας παρέχει τις υπηρεσίες της στα τρία μεγάλα Κέντρα Υγείας του νομού Παλαμά, Σοφάδων και Μουζακίου. Κάθε Κέντρο Υγείας αποτελεί για την Κ.Μ.Ψ.Υ. ξεχωριστό κλιμάκιο, το οποίο αποτελείται από ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό και νοσηλεύτρια και καλύπτεται σε δεκαπενθήμερη βάση. Επιπλέον, εντός των Κέντρων Υγείας και σε συνεργασία με τις Κοινωνικές Υπηρεσίες λειτουργεί Γραφείο Διαρκούς Στήριξης σε εβδομαδιαία βάση, το οποίο στελεχώνεται από κλιμάκιο της Μονάδας για την άμεση ψυχοκοινωνική στήριξη των εξυπηρετούμενων.

Παράλληλα, εξυπηρετεί τον Ξενώνα "Ζέφυρος" του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας, καθώς και τα Προστατευμένα Διαμερίσματα, μεταβαίνει σε δύσβατες και απομονωμένες περιοχές του νομού κατόπιν παραπεμπτικού αιτήματος και πραγματοποιεί επισκέψεις κατ'οίκον, όταν το απαιτεί η περίπτωση.

Το σύνολο των εξυπηρετούμενων στα πρώτα έξι χρόνια λειτουργίας όπως έχει καταγραφεί στο μητρώο ανέρχεται στους 2600. Μεγαλύτερη επισκεψιμότητα παρατηρείται μετά το 2011 λόγω έλλειψης ψυχιάτρου στις Μονάδες του ΕΟΠΥΥ και λόγω της οικονομικής κρίσης που όπως προαναφέρθηκε έστρεψε τους πολίτες προς την δημόσια και δωρεάν φροντίδα. Όσον αφορά την κίνηση, ο κάθε εξυπηρετούμενος παρακολουθείται από την Μονάδα κατά μέσο όρο 5,4 φορές τον μήνα.

Παρακάτω παρατίθενται στοιχεία που αφορούν το ψυχοκοινωνικό προφίλ των εξυπηρετούμενων της Μονάδας έχουν συλλεχθεί από τα ιστορικά των ασθενών αλλά και από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων που τηρούνται στην ΚΜΨΥ Καρδίτσας έχουν επικαιροποιηθεί και αφορούν στην επισκεψιμότητα των εξυπηρετούμενων όπως καταγράφηκε κατά το έτος 2014-2015.

Στα πλαίσια της κοινοτικής αντίληψης σε θέματα ψυχικής υγείας η Κ.Μ.Ψ.Υ. Καρδίτσας έχει συνάψει μνημόνια συνεργασίας με φορείς και Υπηρεσίες του νομού με στόχο τον σχεδιασμό των παρεμβάσεων για την μείωση του κοινωνικού στίγματος και την κοινωνική ενσωμάτωση αλλά και την διασύνδεση των Υπηρεσιών.

Οι συνεργασίες, που πραγματοποιούνται για την επίτευξη των δράσεων είναι με:

- το Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας
- Τα Κέντρα Υγείας Παλαμά, Σοφάδων και Μουζακίου
- το 1ο και 2ο Προστατευόμενο Διαμέρισμα του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας
- τον Ξενώνα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης «Ζέφυρος»
- Την Δ/ση Κοινωνικής Πρόνοιας Καρδίτσας
- Το Κέντρο Γυναικών Καρδίτσας
- την Ιερά Μητρόπολη Θεσσαλιώτιδος και Φαναριοφερσάλων και το Γηροκομείο της
- το Τμήμα Κτηνιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
- το ΤΕΙ Λάρισας (Παράρτημα Καρδίτσας)
- τη Δ/ση Α'βάθμιας Εκπαίδευσης νομού Καρδίτσας
- Τη Δ/ση Β'βάθμιας Εκπαίδευσης νομού Καρδίτσας
- Το ΚΑΠΗ του δήμου Καρδίτσας.

4. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1. Ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών

Ο υπολογισμός του μεγέθους της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί έναν πολύ σημαντικό δείκτη αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας γιατί μπορεί αφενός να διερευνήσει τυχόν αδυναμίες και παραλείψεις του συστήματος και να οδηγήσει σε πληρέστερο και ουσιαστικότερο σχεδιασμό και αφετέρου να συντελέσει με ουσιαστικό τρόπο στην κατανόηση των αντιλήψεων των καταναλωτών και στη διαμόρφωση των αναγκών και των προσδοκιών τους [37].

Αν θέλαμε να δώσουμε έναν ορισμό για την έννοια ικανοποίηση, θα λέγαμε πως αυτή αφορά στο υποκειμενικό αίσθημα που έχουν τα άτομα σχετικά με την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος με βάση τις εμπειρίες τους και τις προσδοκίες τους. Επομένως μια απλή ερμηνεία του όρου ικανοποίηση είναι «ο βαθμός στον οποίο επιτυγχάνονται οι επιθυμητοί στόχοι» [37].

Οι θεωρητικές προσεγγίσεις που έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς από τους ερευνητές στην προσπάθειά τους να αποδώσουν την έννοια της ικανοποίησης την προσδιορίζουν ως μια άποψη που διαμορφώνουν τα άτομα και καθορίζουν την στάση τους απέναντι στους γιατρούς και την ιατρική περίθαλψη. Πιο συγκεκριμένα και σύμφωνα με τον Donabedian [38] «η ικανοποίηση του ασθενούς είναι η γνώμη του για την ποιότητα της φροντίδας και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας που σχετίζονται κυρίως με τις αξίες και τις προσδοκίες του ασθενούς».

Σύμφωνα με τον Petersen [39] η ικανοποίηση του ασθενή προκύπτει από το πώς εκείνος εισπράττει την προσφερόμενη φροντίδα χωρίς όμως να έχει συναίσθηση του τι είναι καταλληλότερο και αποτελεσματικότερο για εκείνον. Κατά τον Gusman [40] η ικανοποίηση του ασθενούς είναι το αποτέλεσμα της παρεχόμενης φροντίδας καθώς και της συμμόρφωσής του απέναντι στη φαρμακευτική αγωγή και η οποία θα καθορίσει και την μελλοντική στάση του ασθενούς στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Τέλος ο Williams [41] συνοψίζει σε τρεις άξονες τις θεωρίες περί ικανοποίησης: α) η θεωρία της ασυμφωνίας, η θεωρία της πλήρωσης και η θεωρία της ισοτιμίας. Η θεωρία της ασυμφωνίας παρουσιάζει τη διάσταση ανάμεσα στην παρεχόμενη υπηρεσία και την προσδοκία του ασθενούς σχετικά με το τι θα επιθυμούσε να λάβει ως φροντίδα.

Η θεωρία της πλήρωσης αφορά στην διαφορά μεταξύ της επιθυμητής αμοιβής και της πραγματικής.

Η θεωρία της ισοτιμίας ορίζει την ποιότητα ως δείκτη για την ισορροπία μεταξύ των εισροών και εκροών. Βέβαια αυτή θα μπορούσε να θεωρηθεί και υποκειμενική γιατί ενέχει

τον ρόλο της κοινωνικής σύγκρισης και αποτελεί μέτρο για την ανάληψη δράσεων που αφορούν στην επένδυση των δαπανών.

Τα τελευταία χρόνια, η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας πραγματοποιείται μέσω της αποτύπωσης της προσωπικής τους άποψης για τις υπηρεσίες υγείας και η οποία περιλαμβάνει την αξιολόγησή τους για τους επαγγελματίες υγείας τόσο σε επίπεδο παραγωγής όσο και παροχής έργου απέναντι στους ασθενείς, στην υπευθυνότητά τους για το παραγόμενο έργο αλλά και στην ετοιμότητά τους να ανταποκριθούν στις ανάγκες και απαιτήσεις των πασχόντων [42].

Επιπρόσθετα, οι παράγοντες που ορίζουν την ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των κινητών μονάδων υγείας είναι οι ενδογενείς και αφορούν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά όπως ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο και οι εξωγενείς παράγοντες όπως υλικοτεχνική υποδομή, προσβασιμότητα χώρου, φιλικότητα που επηρεάζονται άμεσα από το περιβάλλον, τους ανθρώπινους πόρους (ιατρικό – λοιπό προσωπικό) και τον τρόπο λειτουργίας των κινητών μονάδων.

Στο εξωτερικό έχει δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα στην ικανοποίηση των ασθενών και αυτό υποδηλώνεται από το συνεχές και αυξανόμενο ενδιαφέρον για την διεξαγωγή ερευνών με σχετικά θέματα [43]. Όμως πολύ λιγότερες είναι οι μελέτες σχετικά με την διερεύνηση και την ικανοποίηση των ασθενών από τις κινητές μονάδες. Ειδικότερα για την Ελλάδα δεν κατέστη δυνατό να εντοπιστεί σχετική μελέτη.

Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι οι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας δεν είναι γνώστες του τρόπου ώστε να παρέχουν έγκυρη και αξιόπιστη αξιολόγηση για την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν. Ωστόσο το κριτήριό τους για αυτή την αξιολόγηση πολλές φορές είναι η ποσότητα των υπηρεσιών παραγνωρίζοντας την ποιότητα, γεγονός που συχνά οδηγεί σε εσφαλμένες εκτιμήσεις [44].

4.2. Η διεθνής εμπειρία

Ακόμη και σε διεθνές επίπεδο δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες που να καταγράφουν την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες κινητών μονάδων. Η αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας σε διεθνείς βάσεις δεδομένων (PUBMED, CINAHL, SCOPUS, GoogleScholar) ανέδειξε τρεις περιπτώσεις ΚΜΥ για τις οποίες υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση της δράσης και της αποτελεσματικότητάς τους, όπως και καταγραφή του επιπέδου ικανοποίησης των χρηστών.

Σε μια σχετικά πρόσφατη έρευνα [45] που πραγματοποιήθηκε το 2008 σε μια αστική περιοχή του Νέου Δελχί, επιχειρήθηκε να αξιολογηθεί η άποψη της κοινότητας για τις υπηρεσίες υγείας που ανήκουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα αλλά και η ικανοποίηση των χρηστών των κινητών ιατρικών μονάδων. Σκοπός της έρευνας ήταν να εκτιμηθεί η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση της κοινότητας γύρω από τις υπηρεσίες των Κινητών Μονάδων στον τομέα της κλινικής υγείας και να μετρηθεί η ικανοποίησή τους από την χρήση τους σε μια αστική περιοχή κι αυτό γιατί στην Ινδία παρατηρείται άνιση κατανομή των υπηρεσιών υγείας όσον αφορά τις αστικές περιοχές. Επομένως η συγκεκριμένη έρευνα θα αποτελούσε προσεγγιστικό μέτρο για την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης.

Το επίπεδο της ικανοποίησης σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας καταγράφηκε ιδιαίτερα υψηλό. Επίσης αρκετά ικανοποιημένοι έδειξαν οι εξυπηρετούμενοι από την αντιμετώπιση που είχαν από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στους τομείς παροχής υπηρεσιών υγείας και εμβολιασμών. Ωστόσο συγκριτικά με την προηγούμενη ομάδα της κοινοτικής έρευνας, το επίπεδο δυσαρέσκειας για το χρόνο αναμονής και τη διαθεσιμότητα των φαρμάκων και των εξετάσεων εδώ ήταν πολύ μικρότερο.

Το έτος 2010 πραγματοποιήθηκε στη Σαουδική Αραβία σύγχρονη περιγραφική μελέτη [46] για να αξιολογήσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις κινητές μονάδες υγείας στις αγροτικές περιοχές. Τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα αφορούν συμμετέχοντες 16-76 ετών με μέση ηλικία τα 37,1 χρόνια. Στην πλειοψηφία τους ήταν άνδρες δηλαδή 90,3% και το 54% ήταν έγγαμοι. Περίπου το 33,3% δεν είχαν λάβει καθόλου εκπαίδευση ενώ μόνο το 2,8% είχαν μόρφωση ανώτατου επιπέδου. Η ανεργία στην περιοχή άγγιζε το 72.7%. Περισσότεροι από το ένα τρίτο (35,8%) έκριναν την τοποθεσία ως μη ικανοποιητική και 20,5% ήταν δυσαρεστημένοι με το χρονοδιάγραμμα. Περίπου τα δύο τρίτα (62,5 %) έκριναν ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες των κινητών μονάδων ήταν κατώτερης ποιότητας συγκριτικά με τις υπηρεσίες των κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Σε γενικές γραμμές οι παρεχόμενες υπηρεσίες στο σύνολό τους ήταν καλές, αλλά 90,9% των χρηστών που είναι σημαντικό ποσοστό, έκριναν ότι οι κινητές ιατρικές μονάδες δεν ανταποκρίνονταν στην κάλυψη των εκτάκτων αναγκών τους για φροντίδα. Για να αποκτήσουν αυτές οι μονάδες μεγαλύτερη επισκεψιμότητα θα πρέπει το κοινό να ευαισθητοποιηθεί για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και αυτό μπορεί να γίνει εφόσον επιτευχθεί η διευκόλυνση στην πρόσβαση.

Το πανεπιστήμιο του Μπρίστολ σε συνεργασία με μια ανεξάρτητη ερευνήτρια πραγματοποίησαν έρευνα προκειμένου να εκτιμηθεί η λειτουργία μιας Κινητής Μονάδας η οποία συστάθηκε από την DementiaCareTrust του Μπρίστολ για τρία χρόνια και χρηματοδοτήθηκε από την AlliedDunbar.

Ανάμεσα στις παρεχόμενες υπηρεσίες της Μονάδας ήταν και τρεις συμπληρωματικές θεραπείες (αρωματοθεραπεία-μασαζ, ρεφλεξολογία, και Reiki) για τους ασθενείς με άνοια.

Στόχος αυτών των συμπληρωματικών θεραπειών ήταν η μείωση των στρεσογόνων συμπτωμάτων και η ανάπτυξη θετικής διάθεσης.

Από τα 73 ζεύγη των ασθενών που ήταν εγγεγραμμένοι στο μητρώο της Μονάδας πήραν μέρος στην έρευνα 55 ζεύγη.

Εφόσον ολοκλήρωσαν την θεραπεία, υποβλήθηκαν σε τηλεφωνική συνέντευξη στον ανεξάρτητο αξιολογητή. Τα αποτελέσματα της έρευνας όπως καταγράφηκαν αναφέρουν:

Οι μισοί από τους φροντιστές ανέφεραν ότι οι πελάτες απολάμβαναν τις θεραπείες και ότι τις βρήκαν χαλαρωτικές. Σχεδόν τα δύο τρίτα των συμμετεχόντων ισχυρίστηκαν ότι οι θετικές αλλαγές στην υγεία και την ευημερία ήταν ακόμα εμφανείς μετά από τρεις και πέντε βδομάδες από την τελευταία συνεδρία. Πάνω από το ένα τρίτο των πελατών είπαν ότι έχουν επωφεληθεί. Οι θεραπείες ήταν αποδεκτές και αποτελεσματικές για ηλικίες άνω των 60 ετών. Επιπλέον, οι αναλύσεις έδειξαν ότι τα ζεύγη πελατών-φροντιστών που ολοκλήρωσαν τις θεραπείες κατά μέσο όρο επισκέπτονται τους γενικούς ιατρούς πιο συχνά από ό, τι εκείνοι που σταμάτησαν τη θεραπεία τους.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1 Σκοπός

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην αξιολόγηση των γνώσεων και των πεποιθήσεων των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σχετικά με τις κοινωνικές τους ανάγκες.

Μέσα από την εργασία αυτή επιδιώκεται να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιλήψεις των ατόμων σχετικά με την ικανοποίηση των αναγκών τους και να εντοπιστούν οι τυχόν ανασταλτικοί παράγοντες για την μη ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών.

Τα επιμέρους ερωτήματα που τίθενται προς διερεύνηση είναι:

- α. Ποιες είναι οι κοινωνικές ανάγκες των ατόμων που προσέρχονται σε μια Κ.Μ.Ψ.Υ.;
- β. Σχετίζονται οι απόψεις αυτές με τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων;
- γ. Συναντώνται φαινόμενα ρατσισμού στην κοινότητα;
- δ. Ποιες οι καθημερινές τους δραστηριότητες και ο βαθμός κοινωνικοποίησής τους;
- ε. Είναι ικανοποιημένοι από την κινητή μονάδα;

5.2 . Πληθυσμός μελέτης

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην πόλη της Καρδίτσας κατά το χρονικό διάστημα Μάιος – Ιούλιος 2015. Ο πληθυσμός αναφοράς ήταν άτομα - εξυπηρετούμενοι που προσήλθαν στην Μονάδα είτε οικειοθελώς, είτε από παραπομπή κάποιου φορέα ή υπηρεσίας μέσω διασυνδετικής, εγγεγραμμένοι στο μητρώο της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Καρδίτσας τα έτη 2014 και 2015. Ο χώρος που επιλέχθηκε να διεξαχθεί η έρευνα ήταν το γραφείο της Κ.Μ.Ψ.Υ. Καρδίτσας καθώς εκεί είναι ο χώρος με την μεγαλύτερη προσέλευση για την πραγματοποίηση θεραπευτικών και συμβουλευτικών συνεδριών. Λόγω της ιδιαιτερότητας του υπό μελέτη πληθυσμού, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της επιλεκτικής δειγματοληψίας.

Τα βασικά κριτήρια για την επιλογή των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι: α) τα άτομα να μην έχουν διάγνωση κατά τεκμήριο. Να έχει δηλαδή προηγηθεί ψυχιατρική εκτίμηση και να μην αναφέρεται ενεργός ψυχοπαθολογία β) η ηλικία των συμμετεχόντων να είναι άνω των 18 ετών, γ) στο διάστημα συλλογής των δεδομένων να διαμένουν στην κοινότητα και να είναι χρήστες κοινοτικής δομής ψυχικής υγείας (Κ.Μ.Ψ.Υ.), δ) να θέλουν να συμμετάσχουν στην έρευνα, ε) να μιλούν και να γράφουν ελληνικά.

Καθορισμός του μεγέθους του δείγματος: Το μέγεθος του δείγματος καθορίστηκε από τον κορεσμό των απαντήσεων των ερωτώμενων. Έτσι συνολικά οι ερωτώμενοι ανήλθαν στους δεκαπέντε ($n=15$).

5.3 Συλλογή δεδομένων και διαδικασία

Πρόκειται για μια ποιοτική μέθοδο με τη χρήση προσωπικής συνέντευξης [47,48]. Για την συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων των ερωτώμενων που συμμετείχαν έρευνα, χρησιμοποιήθηκαν τα έντυπα πρώτης επαφής που διατηρούνται στο αρχείο της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Καρδίτσας. Τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το αίτημα με το οποίο προσήλθαν στην Μονάδα, την υπηρεσία ή το φορέα από τον οποίο παραπέμφθηκαν, την οικονομική και οικογενειακή κατάστασή τους.

Για την συλλογή των ποιοτικών δεδομένων δημιουργήθηκε ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο το οποίο βασίστηκε κατά κύριο λόγο στο εγχειρίδιο που χρησιμοποιείται από την κοινωνική λειτουργό της Μονάδας και αφορά στο κοινωνικό ιστορικό το οποίο είναι σχεδιασμένο από την διεπιστημονική ομάδα για να σκιαγραφείται το ψυχοκοινωνικό προφίλ του εξυπηρετούμενου της Μονάδας και αξιολογήθηκε από ομάδα ειδικών με εμπειρία στο αντικείμενο (κοινωνικοί επιστήμονες και ερευνητές) και χωρίζεται σε τέσσερις θεματικές ενότητες. Η πρώτη ενότητα ερωτήσεων διερευνά την κοινωνική δραστηριοποίηση των ερωτώμενων, τους παράγοντες που συμβάλλουν στην κοινωνικοποίησή τους καθώς και τα κίνητρά τους για αυτές τις κοινωνικές επαφές.

Η δεύτερη ενότητα αφορά στην διερεύνηση των γνώσεων και των απόψεών τους σχετικά με τις κοινωνικές ανάγκες και τις ανάγκες γενικότερα.

Η τρίτη ενότητα, διερευνά την διάθεση των ερωτώμενων να ζητήσουν βοήθεια από κάποιο ειδικό ώστε να επιλύσουν προσωπικά θέματα, και στην περίπτωση που έλαβαν βοήθεια, ενθαρρύνθηκαν να αξιολογήσουν κατά πόσο βοηθήθηκαν καθώς και να αποτυπώσουν την προσωπική τους άποψη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες της δομής που επισκέφθηκαν.

Τέλος η τέταρτη ενότητα διερευνά αν η επίσκεψή τους σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας στους στιγματίσει στον περίγυρό τους και αν έχουν γίνει στόχοι κοινωνικού ρατσισμού, γνωρίζοντας το κοινωνικό στίγμα που περιβάλλει τον χώρο της ψυχικής υγείας.

Κατά την ποιοτική φάση της έρευνας πραγματοποιήθηκαν 15 ημιδομημένες συνεντεύξεις όπου ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να απαντήσουν σε προκαθορισμένες ερωτήσεις, οι οποίες έχουν συγκεκριμένο αριθμό και περιεχόμενο. Η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων έγινε στο θεραπευτικό πλαίσιο των συμμετεχόντων. Οι συνεντεύξεις είχαν διάρκεια 25 λεπτά κατά μέσο όρο. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στον τόπο κατοικίας του ερωτώμενου, και αφού είχε επισκεφτεί τη μονάδα, κατά το χρόνο επιτόπιας

λειτουργίας της μονάδας. Οι ερωτώμενοι ήταν ελεύθεροι να αναπτύξουν την απάντηση σε κάθε ερώτημα όσο επιθυμούσαν. Όλες οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν. Δεν ζητήθηκε κάποια επιπλέον πληροφορία, ούτε επιδιώχθηκε κάποια περαιτέρω επαφή με τους ερωτώμενους, μετά το πέρας της συνέντευξης. Οι ερωτώμενοι δεν έλαβαν κανενός είδους αποζημίωση για τη συμμετοχή τους.

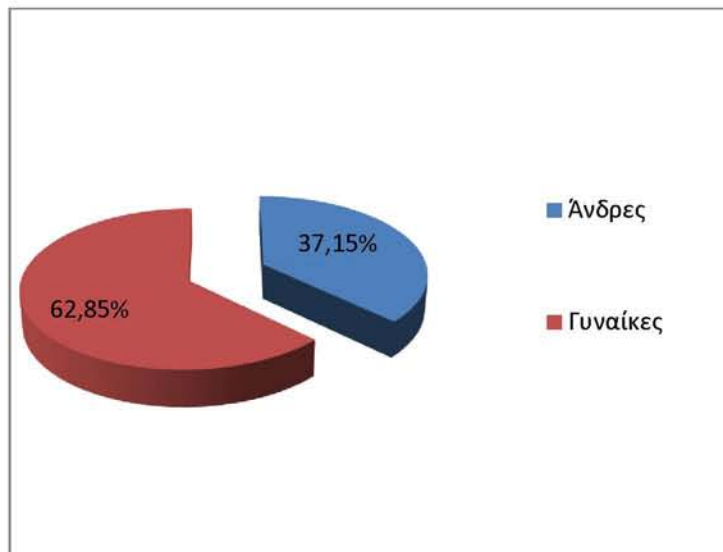
5.4 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Η παρούσα έρευνα έλαβε υπόψη ορισμένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας όπως η συγκατάθεση μετά από ενημέρωση, η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα. Αρχικά γνωστοποιήθηκε στους συμμετέχοντες ο σκοπός και οι στόχοι της συγκεκριμένης μελέτης και ζητήθηκε η συναίνεσή τους. Επιπρόσθετα ενημερώθηκαν ότι τα στοιχεία που αντλήθηκαν για την προσωπική και κοινωνική ζωή τους θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της έρευνας τηρούμενης της ανωνυμίας τους. Σε όλη την διάρκεια της έρευνας, η ερευνήτρια συνεργάστηκε με το θεραπευτικό προσωπικό έτσι ώστε η όλη ερευνητική διαδικασία να μην βλάψει με κανέναν τρόπο τους υποψήφιους συμμετέχοντες. Το μεταπτυχιακό πρόγραμμα λειτουργώντας ως επιτροπή Ηθικής και δεοντολογίας ενέκρινε το ερευνητικό πρωτόκολλο.

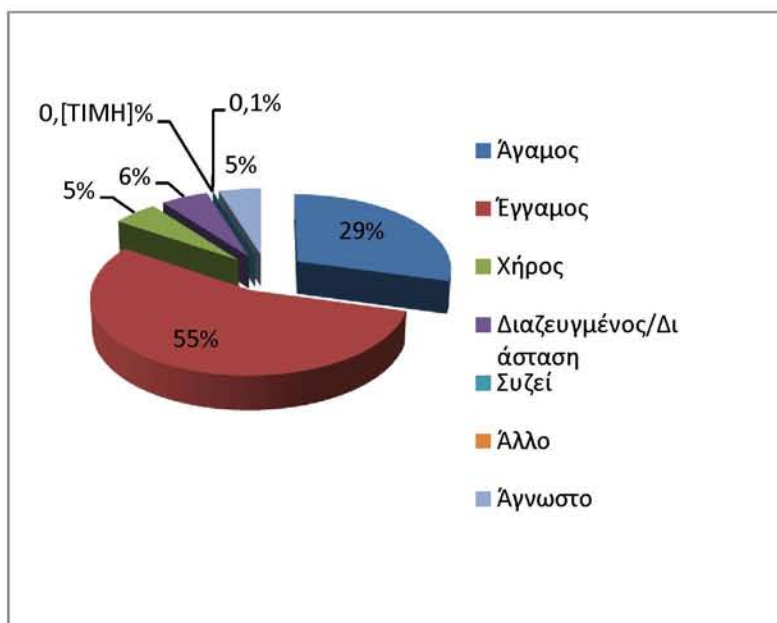
5.5 Περιγραφική στατιστική

Στο σύνολο των καταγεγραμμένων πολιτών που αναζήτησαν τις υπηρεσίες της ΚΜΨΥ κατά τα έτη 2014-2015, το 63% ήταν γυναίκες, το 55% έγγαμοι, το 65% άνεργοι, το 54% είχε δική του οικογένεια και το 9% είχε τριτοβάθμια εκπαίδευση, ενώ το 48% μόνο πρωτοβάθμια. Το 17% ήταν άποροι /ανασφάλιστοι. Οι διαταραχές της διάθεσης, οι συνδεόμενες με το stress διαταραχές και οι ψυχώσεις ήταν οι τρεις πρώτες σε συχνότητα διαγνώσεις.

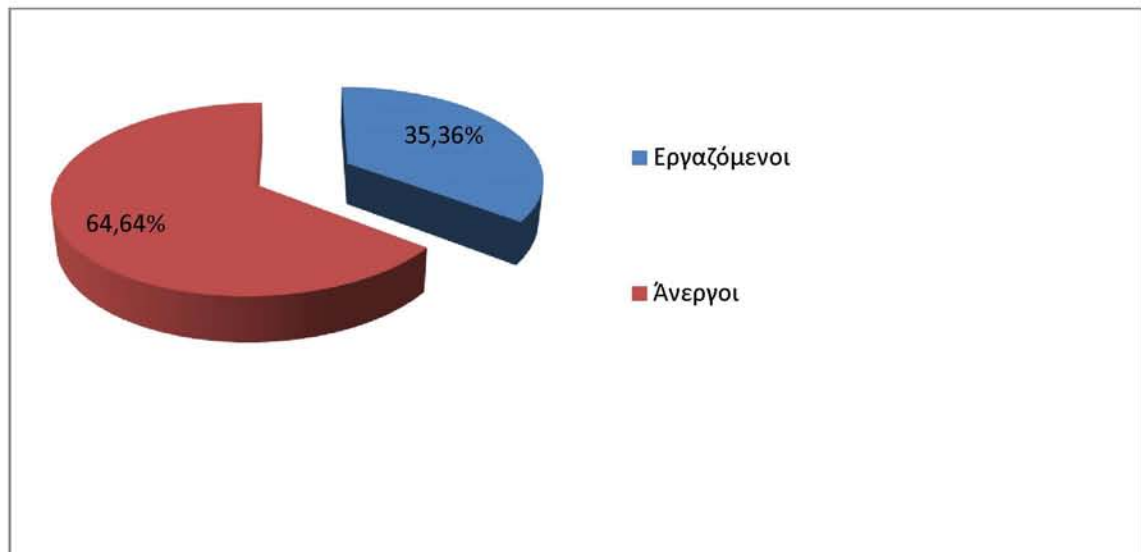
Γράφημα 1. Κατανομή κατά φύλο



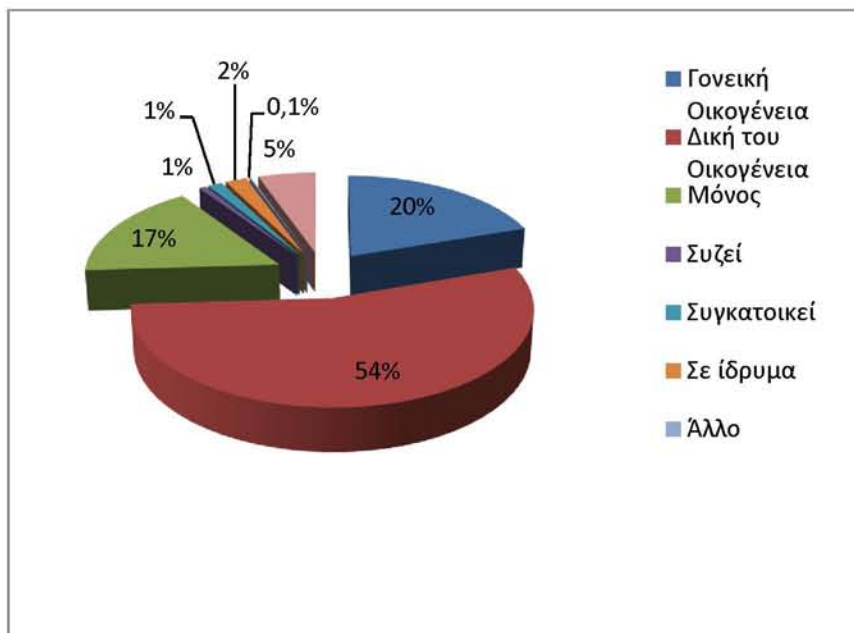
Γράφημα 2. Οικογενειακή κατάσταση



Γράφημα 3. Επαγγελματική κατάσταση



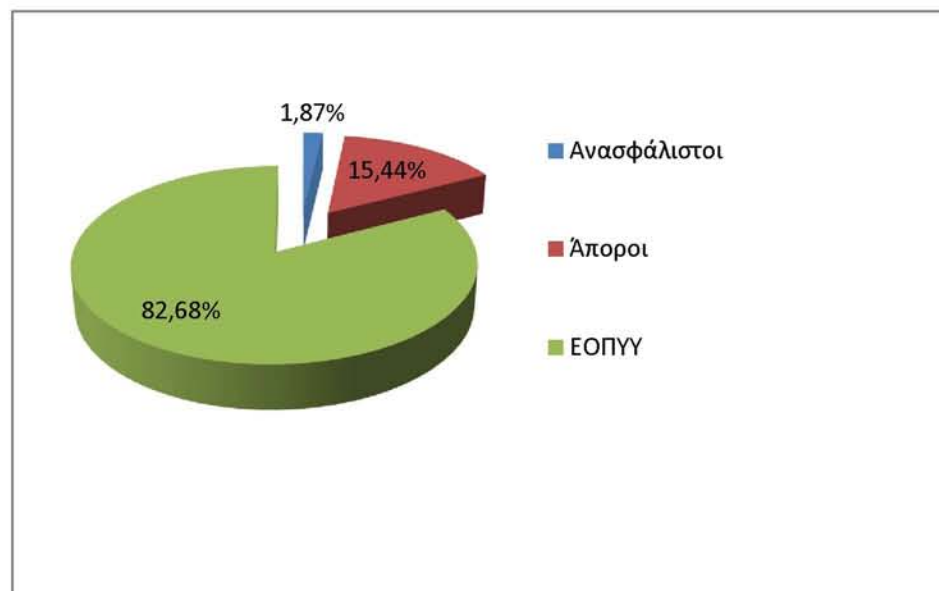
Γράφημα 4. Διαμονή



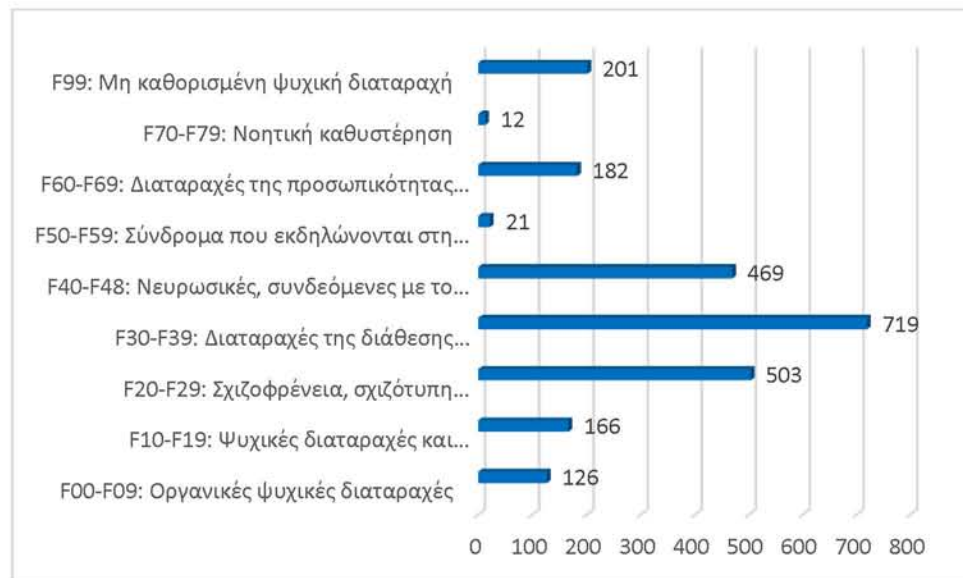
Γράφημα 5. Επίπεδο εκπαίδευσης



Γράφημα 6. Ασφαλιστικός φορέας



Γράφημα 7. Διαγνωστικές κατηγορίες κατά ICD-10

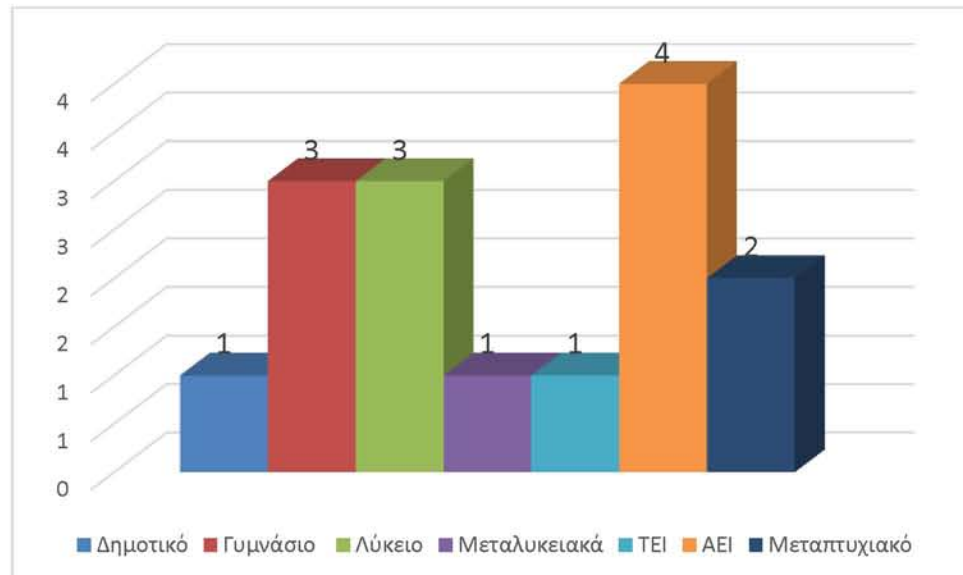


Αναφορικά με το δείγμα της μελέτης, το 54% προσήλθε αυτοβούλως στην ΚΜΨΥ και το 20% μετά από παραπομπή από επαγγελματία υγείας. Επτά άτομα είχαν ανώτερες/ ανώτατες σπουδές και άνεργοι ήταν το ένα τρίτο. Στην πλειονότητά τους ήταν έγγαμοι με 2 ή 3 παιδιά και λιγότερο από 1000 ευρώ το μήνα ατομικό εισόδημα. Η συννοσηρότητα αφορούσε κυρίως καρδιαγγειακά και ενδοκρινικά προβλήματα.

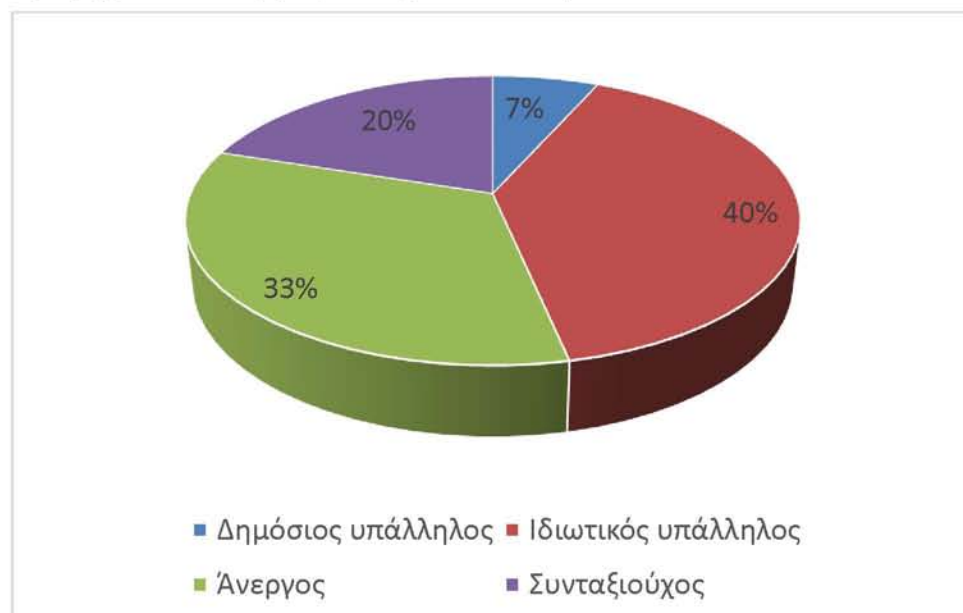
Γράφημα 8. Παραπομπή στην ΚΜΨΥ



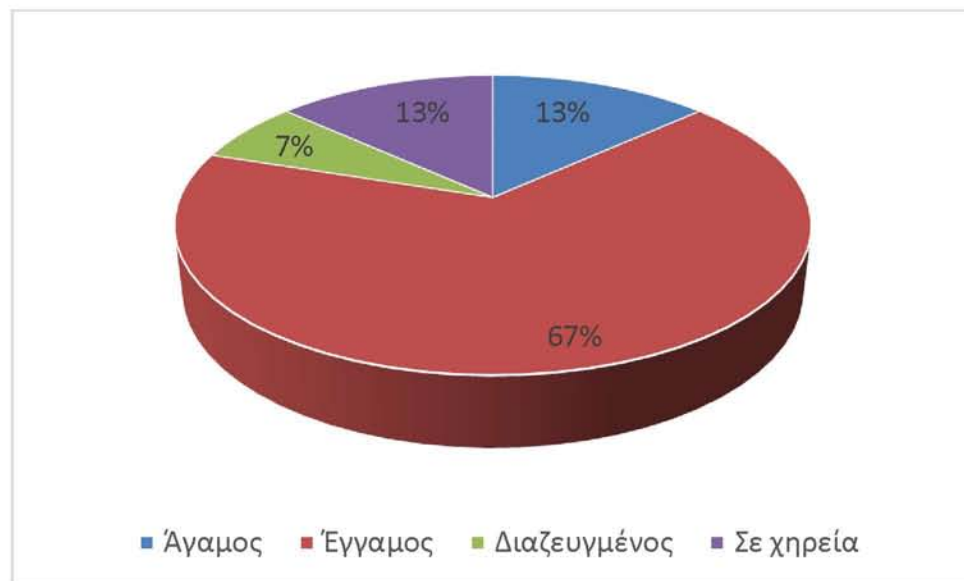
Γράφημα 9. Εκπαιδευτικό επίπεδο



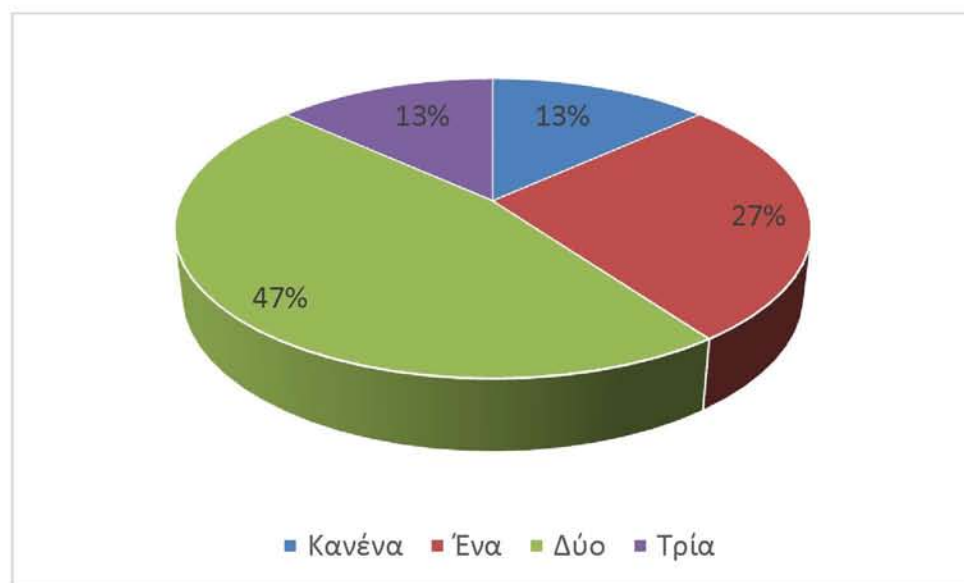
Γράφημα 10. Επαγγελματική κατάσταση



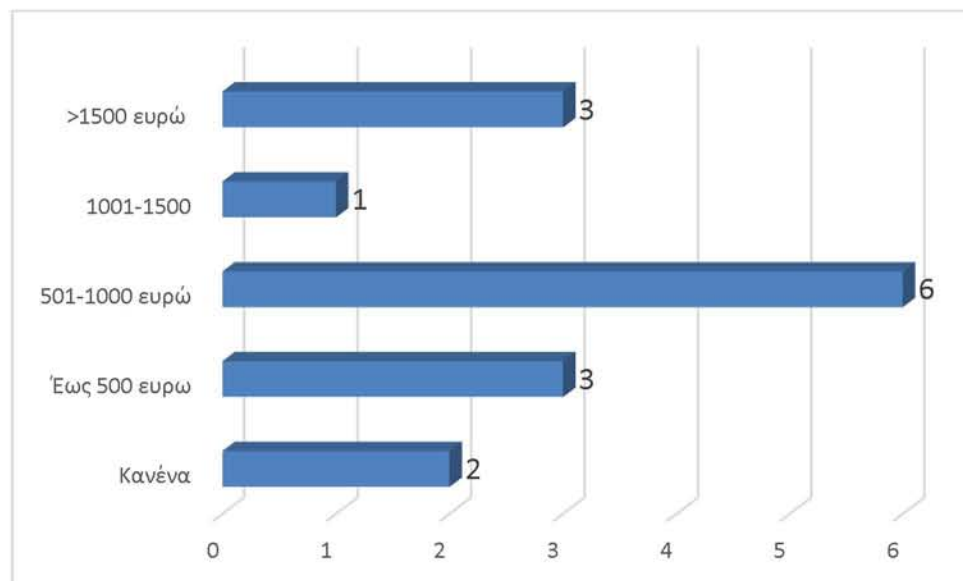
Γράφημα 11. Οικογενειακή κατάσταση



Γράφημα 12. Αριθμός παιδιών



Γράφημα 13. Εισόδημα



Γράφημα 14. Σωματικές ενοχλήσεις-συννοσηρότητα

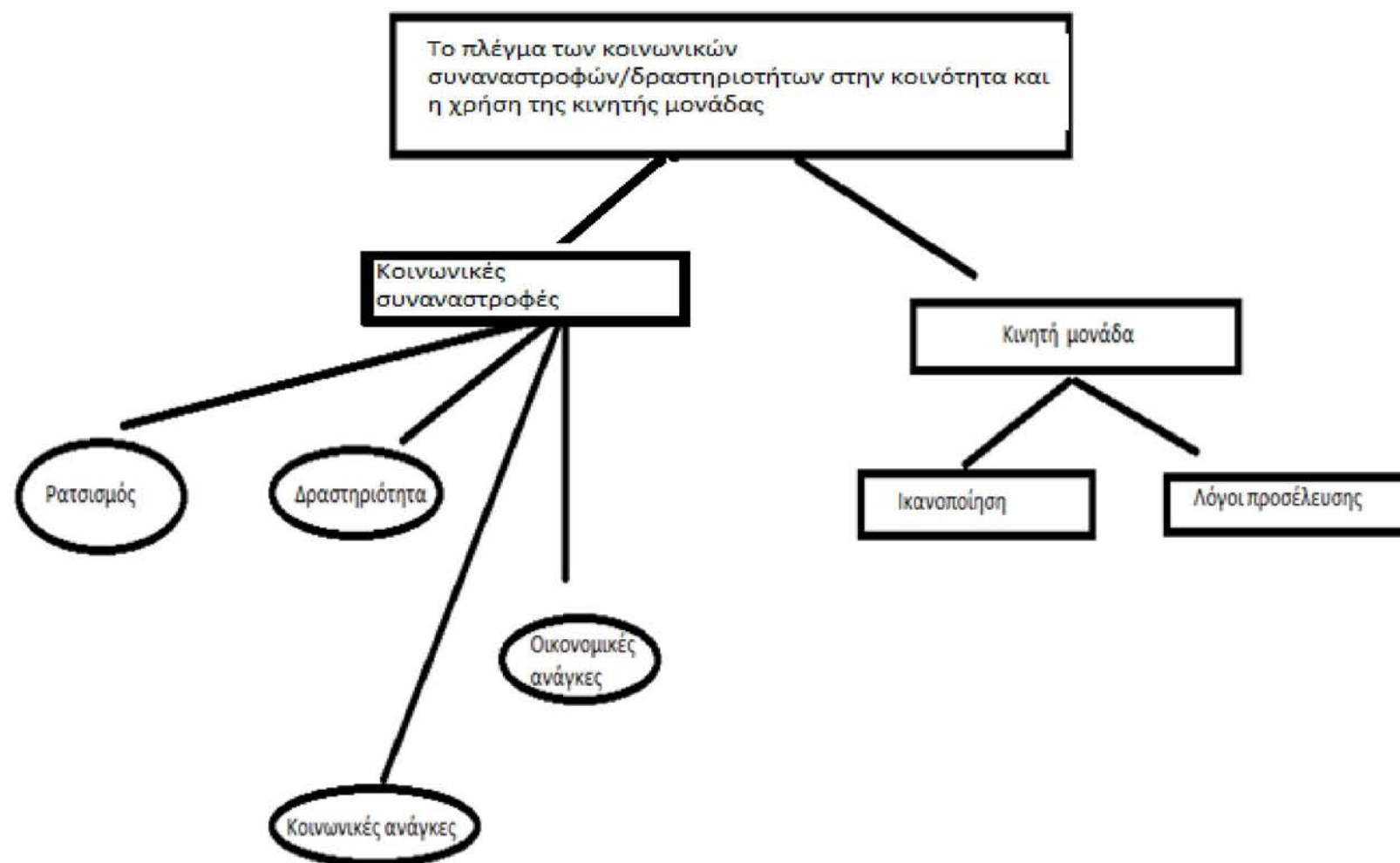


6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Ανάλυση περιεχομένου

Εφαρμόστηκε ανάλυση περιεχομένου [49]. Όλες οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν και απομαγνητοφωνήθηκαν με σκοπό να αξιολογηθούν λεπτομερώς και να ελεγχθεί η ακρίβεια των λεχθέντων. Προκειμένου να επιτευχθεί μια διεξοδική κατανόηση του υλικού, ο ερευνητής επανειλημμένα διάβασε προσεκτικά τις συνεντεύξεις και κατέταξε τις απαντήσεις των υποκειμένων σε κατηγορίες που σχετίζονταν με τους στόχους της μελέτης. Μετά από τις αναγκαίες προσαρμογές, τα δεδομένα κατηγοριοποιήθηκαν σε δύο κύριες κατηγορίες (κοινωνικές συναναστροφές-κινητή μονάδα). Το περιεχόμενο των κύριων κατηγοριών ταξινομήθηκε περαιτέρω σε υποκατηγορίες με γνώμονα τους επιμέρους στόχους της μελέτης. Στην ολοκλήρωση της μελέτης διακρίθηκαν οι εξής υποκατηγορίες (για τη μονάδα): λογοι προσέλευσης και ικανοποίηση, ενώ για τις κοινωνικές συναναστροφές αναδείχτηκαν οι εξής κατηγορίες: ρατσισμός, δραστηριότητες, κοινωνικές ανάγκες, οικονομικές ανάγκες. Έγινε ανάλυση περιεχομένου των συνεντεύξεων από την οποία προέκυψαν οι ακόλουθες κατηγορίες κώδικα και υποκατηγορίες που απεικονίζονται στο Σχήμα 1.

Σχήμα 1. Τελικές κατηγορίες και υποκατηγορίες ανάλυσης δεδομένων



Οι συνεντεύξεις ανέδειξαν τα τρέχοντα προβλήματα και τις ανησυχίες των χρηστών της κινητής μονάδας, όπως και τη σημασία του έργου της μονάδας για τις τοπικές κοινωνίες. Οι οικονομικές και κοινωνικές ανάγκες εμφανίζονται αυξημένες, ενώ τα φαινόμενα ρατσισμού είναι συχνά. Τα άτομα αναζητούν συμβουλευτική υποστήριξη για προσωπικά προβλήματα κυρίως, ενώ η ικανοποίηση από τη μονάδα κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα.

Πίνακας 15. Συνοπτική παρουσίαση των ευρημάτων στις τελικές κατηγορίες

αα	Κοινωνικές συναναστροφές και δραστηριότητες				Κινητή μονάδα	
	Ρατσισμός	Κοινωνικές ανάγκες *	Οικονομικές ανάγκες*	Δραστηριότητες**	Ικανοποίηση	Λόγοι προσέλευσης
1	NAI	↑	↑	↑	↑	Προσωπικό πρόβλημα
2	NAI	↑	↑	↑	↑	»
3	NAI	↑	↑	↑↑	↑	»
4	NAI	↑	↑	↑↑↑	↑	»
5	NAI	↑	↑	—	↑	Μέλους της οικογένειας
6	NAI	↑	↑	↑	↑	Προσωπικό πρόβλημα
7	NAI	↑	↑	↑	↑	»
8	OXI	↑	↑	↑	↑	»
9	NAI	-	↑	↑↑	↑	»
10	NAI	-	↑	↑	↑	»

11	NAI	-	↑	↑	↑	»
12	NAI	-	-	↑↑↑	↑	»
13	NAI	-	↑	↑↑	↑	»
14	NAI	-	↑	↑	↑	Μέλους της οικογένειας
15	OXI	↑	↑	↑	↑	Προσωπικό πρόβλημα
*↑ : αυξημένες, δεν ικανοποιούνται στον επιθυμητό βαθμό **↑: αυξημένες, ↑↑: έντονη↑↑↑: εντονότατη						

Πιο συγκεκριμένα, κατά κατηγορία ερωτήσεων προέκυψαν τα εξής :

Οι περισσότερες γυναίκες είτε έχουν πέσει θύματα ρατσισμού, είτε εκφράζουν ρατσιστικά συναισθήματα απέναντι σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες, με την έννοια της έντονης κριτικής απέναντί τους και την έκφραση αρνητικών διαθέσεων και συναισθημάτων. Πολλά από αυτά είναι λανθάνοντα και εκμαιεύονται μετά την επιμονή της ερευνήτριας και με τη χρήση συγκεκριμένων ερωτήσεων, όταν διαπιστώνεται ότι ο ερωτώμενος υπαινίσσεται κάτι μεμπτό ή που τον ανησυχεί σχετικά με τις κοινωνικές του συναναστροφές. Οι Ρομά, αλλά και οι ιερωμένοι γίνονται συχνά αντικείμενο έντονης κριτικής, όπως και ο κοινωνικός περίγυρος που φαίνεται πως δρα ασφυκτικά στην ελληνική επαρχία, ακόμα και σήμερα.

Πίνακας 2. Απαντήσεις σχετικές με τα φαινόμενα ρατσισμού στην κοινότητα

<i>Ερ.Νιώσατε ποτέ να διαφέρετε σημαντικά σε κάτι και οι άλλοι να σας κάνουν να νιώσετε άσχημα για αυτό?</i> (Σκεπτικό: Φαινόμενα κοινωνικής απομόνωσης και στιγματισμού σε χρονίως πάσχοντες από ψυχικά νοσήματα ή ακόμα και σε όσους αναζητούν ψυχολογική υποστήριξη είναι συχνά, ειδικά στις μικρές κοινωνίες, ενώ δεν είναι σπάνιο να στιγματίζονται και άτομα με αναπηρίες ή απλώς διαφορετικές απόψεις και συμπεριφορές. Κρίθηκε σκόπιμο να αποτυπωθεί η άποψη και το προσωπικό βίωμα των συμμετεχόντων)	<i>Απαντήσεις</i>	<i>Σχόλια</i>
<i>Ρατσιστικά φαινόμενα</i>		
<i>Υποκατηγορία 1. Διακρίσεις απέναντι στους ιδίους</i>	«...φοβάμαι να μη με σχολιάσει αρνητικά ο σύζυγός μου με τον οποίο	Η επιλογή της για τον σύζυγο την κάνει να αισθάνεται άσχημα κυρίως γιατί τώρα βλέπει πως εκείνος δεν

	βρίσκομαι σε διάσταση»	είναι μορφωμένος όπως εκείνη κ διαφέρουν σημαντικά σε πολλά θέματα. Δεν του έχει μιλήσει σχετικά-φοβάται να μην χρησιμοποιήσει αυτή την πληροφορία εναντίων της στο δικαστήριο
	«Έζησα τον κοινωνικό ρατσισμό στα παιδικά, εφηβικά και φοιτητικά μου χρόνια λόγω φτώχειας, ταξικών και κοινωνικών διαφορών»	Νιώθει άσχημα όταν τονίζουν τη διαφορετικότητα του χαρακτήρα της (απαισιόδοξη, ευαίσθητη) και αυτοκατηγορείται (αυτομομφές).
	« ...ήθελα να αλλάξω σχολείο, λόγω της συμπεριφοράς των άλλων παιδιών...ορφανή από πατέρα από μικρή..»	Η μητέρα της την άλλαξε σχολείο. Ένωθε σαν το «μαύρο πρόβατο»
	«Νιώθω μειονεκτικά όταν τα πεθερικά μου δυσαρεστούνται που δεν έχω μόνιμη δουλειά και μου το δείχνουν». «...Ο σύζυγος όμως θα προτιμούσε μακριά γιατί διατηρεί ταβέρνα στην Καρδίτσα κ δεν	Φόβος για στιγματισμό και κατωτερότητα

	θέλει να τον χαρακτηρίσουν τρελό»	
	«...με κοιτούσαν υποτιμητικά όταν πήρα πολλά κιλά στην εγκυμοσύνη»	Το ένιωσε έντονα στο βλέμμα των άλλων. Την κοιτούσαν “διαφορετικά”, υποτιμητικά.
	«Νιώθω μειονεκτικά απέναντι σε φίλους και συγγενείς από τότε που έμαθαν για την κόρη ότι κάνει χρήση ουσιών»	Το συγγενικό περιβάλλον της επιρρίπτει ευθύνες για την κόρη
	«Έπεσα θύμα bullying στα μαθητικά της χρόνια».	Πέρασαν χρόνια για να το ξεπεράσει
Υποκατηγορία 2. Διακρίσεις των ιδίων απέναντι σε τρίτους	Σε έντονα επικριτικό ύφος: «..Οι χρήστες έχουν κάνει κακή επιλογή θέτοντας σε κίνδυνο τη ζωή τους και τη ζωή των δικών τους»	Συγκαλυμμένη διάκριση και αυτοεπίκριση για τις λάθος επιλογές με τις οποίες “ταλαιπωρείται” και η πατρική της οικογένεια
	«δεν αντέχω καθόλου τους τσιγγάνους».	Η ίδια είχε γίνει αποδέκτης ρατσισμού στο παρελθόν
Χωρίς ρατσιστικά φαινόμενα		
	«Δε θα αντιμετώπιζα κάποιον που διαφέρει	

	επιθετικά. Σημασία για μένα εκείνη έχει το ταίριασμα με τον άλλο και οι κοινές απόψεις»	
	«Δεν δείχνω επιθετική συμπεριφορά ακόμα και όταν έχω διαφορετικές πεποιθήσεις.	

Οι κοινωνικές ανάγκες είναι αυξημένες και δύσκολα ικανοποιούνται στην κοινότητα, τουλάχιστον όχι στον επιθυμητό βαθμό. Ωστόσο υπάρχει σημαντική μερίδα γυναικών που δηλώνουν ικανοποιημένες από την εκπλήρωση των κοινωνικών τους αναγκών. Πρόκειται για περισσότερο «χειραφετημένες» γυναίκες, που σχεδόν όλες διαθέτουν ανώτερη/ανώτατη μόρφωση, έχουν εισόδημα μεταξύ 500-1000 ευρώ και έχουν αναπτύξει έντονη κοινωνική δραστηριότητα με συμμετοχή σε σωματεία, αθλούνται και εργάζονται.

Πίνακας 3. Απαντήσεις σχετικά με την ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών

<i>Ερ.</i> Αυτές οι κοινωνικές συναναστροφές είναι οι επιθυμητές? <i>(Σκεπτικό:</i> Στις τοπικές επαρχιακές κοινωνίες οι δυνατότητες κοινωνικών επαφών, παρόλο που υπάρχει εγγύτητα των ανθρώπων, πιθανόν να περιορίζονται από αντικειμενικούς λόγους, όπως το χαμηλό εισόδημα, ή οι διέξοδοι σε επίπεδο λεσχών και διασκέδασης, που ο αριθμός τους είναι περιορισμένος)	<i>Απαντήσεις</i>	<i>Σχόλια</i>
<i>Ο βαθμός ικανοποίησης δεν είναι ο επιθυμητός</i>		
	«Όχι. Θα ήθελα και περισσότερο. Ιδιαίτερος με την μία γιατί είμαι	Αντικειμενικοί περιορισμοί Α) Οικογενειακές

	πολλά χρόνια φίλες.	υποχρεώσεις B) οικονομικοί λόγοι
	«Όχι, παίρνω ρεπό μόνο 3 ώρες το ΣΚ και βλέπω μόνο το γιο μου»	Το ιδιαίτερα επιβαρυνόμενο πρόγραμμα φροντίδας της ηλικιωμένης που απαιτεί την παρουσία της 24 ώρες το 24/ωρο
	«Επειδή οι φίλες μου μένουν μακριά τις βλέπω περίπου μια φορά στο εξάμηνο»	Σχετικά πρόσφατη μετεγκατάσταση. Στο χωριό, στο παρελθόν ήταν “θύμα” κουτσομπολιού. Έκτοτε σταμάτησε κάθε επαφή με τους γύρω της .
	«Απλώς για να περάσω καλά. Να ανταλλάξω δυο κουβέντες, να δω κόσμο».	Δεν εμπιστεύεται τις παρέες της για προσωπικά οικογενειακά θέματα.
	«Η κοινωνική μας υπόσταση σχετίζεται με την οικονομική»	Οικονομική πίεση
	« ..αν δεν έχεις και χρήματα, δε βγαίνεις κιόλας»	Οικονομική πίεση

<i>Ο βαθμός ικανοποίησης είναι ο επιθυμητός</i>		
	«Είναι οι επιθυμητές»	Θα επιθυμούσε να περνά περισσότερο χρόνο με τον σύζυγο σε κοινές δραστηριότητες αλλά εκείνος την «παραμελεί»
	«Είναι οι επιθυμητές. Δεν θα ήθελα και περισσότερο γιατί δεν προλαβαίνω και η ίδια με τις δουλειές μου»	

Οι γυναίκες στις τοπικές κοινωνίες μπορούν να αναπτύξουν ατομικές και ομαδικές δραστηριότητες αναψυχής και κοινωνικής προσφοράς στα ευρύτερα πλαίσια είτε των κοινωνικών τους συναναστροφών, είτε της εργασίας τους. Οι περισσότερες από τις γυναίκες του δείγματος βρίσκονται τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα με τις φίλες τους και τις γειτόνισσες ή συμμετέχουν σε ήπιες ομαδικές ή ατομικές δραστηριότητες αναψυχής (όπως κοντινές εκδρομές και περπάτημα).

Πίνακας 4. Απαντήσεις σχετικά με τις κοινωνικές/ατομικές δραστηριότητες

<i>Ερ.Περιγράψτε μου την καθημερινή σας ζωή, πως περνάτε τον ελεύθερο χρόνο σας, ποιες είναι οι δραστηριότητες που ασχολείστε περισσότερο? (ατομικές, συλλογικές)</i> <i>(Σκεπτικό:Στις τοπικές επαρχιακές κοινωνίες οι δυνατότητες για ανάπτυξη έντονης κοινωνικής δραστηριότητας και δραστηριοτήτων αναψυχής είναι περιορισμένος και το άτομο συχνά εκτίθεται σε κοινωνική κριτική για τις επιλογές του)</i>	<i>Απαντήσεις</i>	<i>Σχόλια</i>
<i>Έντονη δραστηριότητα</i>		
	«Ασχολούμαι με	Η παραμονή στο σπίτι

	ατομικές (χειρωνακτικές) όπως οι δουλειές του σπιτιού και το περπάτημα μόνη (βγαίνω από το σπίτι για άσκηση) , αλλά και για περπάτημα με φίλες, συναντιέμαι για καφέ με φίλες και πάω στα παιδιά και τα εγγόνια μου-3 έως 4 φορές την εβδομάδα»	συνδυάζεται με σκέψεις για την ζωή της και την υγεία της.
	«Ασχολούμαι με δουλειές του σπιτιού, τον κήπο, τα κατοικίδια και συναντιέμαι για καφές με φίλες είτε στο σπίτι, είτε έξω- Μία φορά την εβδομάδα»	Αθλείται σε καθημερινή βάση. Της το συνέστησε γιατρός. Περπατάει 4 χλμ ημερησίως. Παλαιότερα πήγαινε και κολυμβητήριο.
	«Κάνω τα εξής :Περπάτημα με φίλες, συγκέντρωση στα σπίτια φίλων, συμμετοχή σε εκδρομές , συμμετοχή στο Σύλλογο Γονέων και Κηδεμόνων, καθηγητικό» Δραστηριότητες μαζί με την κόρη	Πρόκειται για άτομο με οικονομική επιφάνεια και δικό της ΙΧ
<i>Χαμηλή δραστηριότητα</i>		
	«Βγαίνω περίπου 2 φορές τον μήνα. Θα	Μετεγκατάσταση, περιορισμένοι

	ήθελα περισσότερο αλλά δεν έχω που να αφήσω το παιδί»»	κοινωνικοί πόροι, οικογενειακές υποχρεώσεις, οικονομικοί περιορισμοί
	«Σπάνια. Κυρίως μιλώ στο τηλέφωνο.»	Έχει παρέες αλλά όχι στενές φίλες

Η οικονομική ευχέρεια συσχετίζεται με τις κοινωνικές ανάγκες, ωστόσο φαίνεται πως στις περιπτώσεις γυναικών χαμηλού εισοδήματος, η προτεραιότητα δίνεται στη συντροφικότητα και την αλληλοϋποστήριξη. Αντίθετα οι σχετικά οικονομικά εύρωστες γυναίκες πλήττονται από τυχόν ελάττωση εισοδήματος, που θα επέφερε μεταβολές στις κοινωνικές τους δραστηριότητες. Τα ταξίδια και οι συντροφικές στην περίπτωση αυτή εξαρτώνται από την οικονομική επιφάνεια, καθώς φαίνεται ότι οι επαφές πραγματοποιούνται περισσότερο στα πλαίσια αμοιβαίων υποχρεώσεων, παρά βαθύτερων πραγματικών αναγκών.

Πίνακας 5. Απαντήσεις σχετικά με τις οικονομικές ανάγκες και τη σημασία τους για την κοινωνική υπόσταση του ατόμου

<i>Ερ.Συχετίζεται η οικονομική κατάσταση με την ύπαρξη/δημιουργία κοινωνικών αναγκών? Και αν ναι σε ποιο βαθμό?) (Σκεπτικό: Η οικονομική δυσπραγία είναι αλληλένδετη με την παραμέληση των κοινωνικών αναγκών, καθώς προτεραιότητα δίνεται σε βασικές βιολογικές ανάγκες, οπότε περιορίζονται οι δυνατότητες αυτοπραγμάτωσης του ατόμου και κατ' επέκταση δημιουργείται πρόσφορο έδαφος για ψυχική νόσο)</i>	<i>Απαντήσεις</i>	<i>Σχόλια</i>
<i>Οικονομική δυσπραγία και συσχέτιση με κοινωνικές ανάγκες</i>		
	“Χωρίς χρήματα δεν μπορείς να συναναστραφείς” ή “να κάνεις ένα ταξίδι αναψυχής”	Υψηλού εισοδήματος

	«Πιστεύω ότι υπάρχει συσχέτιση. Χωρίς χρήματα δεν μπορεί κανείς να ακολουθήσει σε δραστηριότητες»	Μετρίου εισοδήματος
	«Ναι σε μεγάλο βαθμό.»	Υψηλού εισοδήματος
<i>Μη συσχέτιση κοινωνικών αναγκών και οικονομικής άνεσης</i>		
	«Όχι εγώ δεν τα συνδέω αυτά τα δύο.»	Μετρίου εισοδήματος. Το οικονομικό αφενός το αποσυνδέει από την φιλία καθώς θεωρεί ότι το σπίτι μπορεί να είναι μέρος συνάντησης και κοινωνικών συναναστροφών. Αφετέρου το σχετίζει μόνο με τις εξόδους και όχι στο να διατηρηθεί μια φιλία
	Όχι δεν σχετίζεται. «δηλαδή αν έχω λεφτά θα με κάνουν παρέα και αν δεν έχω δεν θα με κάνουν?»	Χαμηλού εισοδήματος
	«Αν και δεν είμαι οικονομικά δυνατή και αυτόνομη ωστόσο έχω παρέες κ αισθάνομαι κοινωνικό ον».	Χαμηλού εισοδήματος. Από την προσωπική της εμπειρία θεωρεί πως δεν σχετίζεται.
	« Η φτώχεια μας έφερε πιο κοντά»	Αλληλοϋποστήριξη, συνένωση δυνάμεων

Πίνακας 6. Λόγοι προσέλευσης στην κινητή μονάδα

<p><i>Ερ.</i> Θα απευθυνόσασταν σε μια υπηρεσία ψυχικής υγείας κοντά στον τόπο σας ή πιο μακριά? Για ποιο λόγο?</p> <p>(<i>Σκεπτικό:</i> Η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, ειδικά σε απομακρυσμένες και σχετικά μη ευημερούσες περιοχές προσφέρει μια αξιόπιστη λύση στα προβλήματα ψυχικής υγείας)</p>	<p><i>Απαντήσεις</i></p>	<p><i>Σχόλια</i></p>
Θετική ανταπόκριση		
	<p>«Θα απευθυνόμουν κοντά για δυο λόγους :</p> <p>1. Για την μετακίνηση χρειάζομαι χρήματα</p> <p>2. δεν έχω καθόλου ελεύθερο χρόνο»</p>	<p>Όταν όμως χρειάστηκε να δει τον ψυχίατρο της Μονάδας κατέβηκε στην έδρα (Καρδίτσα) από το Μουζάκι όπου διαμένει μόνιμα(έντονος και ανέκφραστος φόβος στιγματισμού)</p>
	<p>«Ναι, για κάποια κρίση άγχους»</p>	<p>Ψυχολόγο γιατί ένιωθε εγκλωβισμένη και είχε κάποιες φοβίες σχετικά με την υγεία της.</p>
	<p>«Ναι , το πρόβλημα της καρδιάς μου έφερε αλλαγή στην ζωή μου και την διάθεσή μου»</p>	<p>Επέλεξε ψυχίατρο – την παρέπεμψαν από το ΓΝ Καρδίτσας</p>
Επιφυλακτικότητα		
	<p>«Αν είχα τη δυνατότητα θα πήγαινε πιο μακριά</p>	<p>Ο φόβος στιγματισμού έκδηλος στις μικρές,</p>

	για να αποφύγει το κοινωνικό στίγμα».	κλειστές κοινωνίες

Είναι χαρακτηριστικό ότι δεν εκφράστηκε αρνητικό σχόλιο για την ίδια την κινητή μονάδα από καμιά ερωτώμενη. Ακόμα και όταν εκφράζονταν παράπονα, αυτά αφορούσαν τους μεμονωμένους επαγγελματίες υγείας και όχι τη μονάδα στο σύνολο της.

Πίνακας 7. Ικανοποίηση από την κινητή μονάδα

<i>Ερ. Τι αποκομίσατε? (θετικές/αρνητικές εμπειρίες)</i> <i>(Σκεπτικό: Η καταγραφή των στάσεων και των απόψεων των χρηστών αποτελεί οδό ανατροφοδότησης και βελτίωσης των παρερχομένων υπηρεσιών και εν τέλει μέσω αξιολόγησης της αποτελεσματικότητάς τους)</i>	<i>Απαντήσεις</i>	<i>Σχόλια</i>
Θετικές		
	«Θετικές και γι αυτό κ συνεχίζω».	Στην Μονάδα βρήκε έναν θεραπευτή που είναι <u>αντικειμενικός</u> και <u>έμπιστος</u> και θα μπορεί να τις δώσει άλλες οπτικές στα θέματα που την απασχολούν.
	«Θετικές. Είναι πολύ ευχαριστημένη»	Στο παρελθόν έκανε ομαδική ψυχοθεραπεία, αλλά τώρα προτιμά τη μονάδα.
	Πολύ θετικές από την Κινητή μονάδα	Βρήκε τρόπο για να φτάσει πιο εύκολα στο επιθυμητό αποτέλεσμα

		χωρίς να ταλαιπωρείται μόνη.
<i>Αρνητικές</i>		
	«Αρνητικές από τον ψυχολόγο Πολύ θετικές από την Κινητή Μονάδα»	Ακόμα και όταν ο επαγγελματίας υγείας δεν ικανοποιεί τον πολίτη, ο θεσμός της κινητής μονάδας και η ίδια η μονάδα στο σύνολό της αξιολογούνται θετικά

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν τον πολύ σημαντικό ρόλο των ΚΜΨΥ για την πρόληψη και αποκατάσταση στο πεδίο της ψυχικής υγείας, αλλά και την πολύ θετική άποψη που υπάρχει για την ΚΜΨΥ στην κοινότητα. Παράλληλα σκιαγραφείται το προφίλ εκείνου που συνήθως αναζητά συμβουλευτική υποστήριξη από την κινητή μονάδα. Πρόκειται για πολίτες με διαφόρου βαθμού οικονομικές δυσκολίες, που ενδεχομένως δεν έχουν εύκολη πρόσβαση σε άλλες υπηρεσίες υγείας και που παρουσιάζουν κοινές ψυχικές διαταραχές, που μπορούν να αντιμετωπιστούν κατάλληλα σε επίπεδο ΠΦΥ. Εμφανείς είναι και οι περιορισμοί στην ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών, ενώ τονίζονται η συχνά συντηρητική στάση και οι διακρίσεις που μπορεί να αναφέρονται σε μια κλειστή επαρχιακή κοινωνία.

Το προσωπικό της μονάδας τυγχάνει ευνοϊκής αποδοχής από τον κόσμο στην κοινότητα και συνεργάζεται πολύ ικανοποιητικά με τους επαγγελματίες υγείας άλλων ειδικοτήτων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Μια από τις πρώτες μελέτες του είδους πραγματοποιήθηκε από τον Ιεροδιακόνου και τους συνεργάτες του το 1983 στην ελληνική ύπαιθρο και κατέδειξε τον έντονο συντηρητισμό της ελληνικής υπαίθρου και την ακαμψία των κοινωνικών δομών, πηγή έντονου άγχους και συγκρούσεων στην κοινότητα [50]. Αν και από τότε έχουν περάσει περισσότερα από τριάντα χρόνια, η πρόοδος που έχει γίνει σε επίπεδο κοινωνικών σχέσεων στην κοινότητα δεν είναι μεγάλη και η διαφορετικότητα εξακολουθεί να βρίσκεται στο στόχαστρο, ενώ εξακολουθούν να υφίστανται τα φαινόμενα κοινωνικού ρατσισμού και στιγματισμού.

Τα κύρια προβλήματα που καλούνταν τότε να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας της μονάδα ήταν τα οικογενειακά προβλήματα και οι επιπτώσεις τους, είτε επρόκειτο για χωρισμό, είτε για συγκρούσεις των νέων με τους πρεσβυτέρους, όταν οι πρώτοι αμφισβητούσαν τα καθιερωμένα πρότυπα κοινωνικής οργάνωσης, είτε όταν οι τελευταίοι αισθάνονταν απόμαχοι μετά την αποχώρηση των παιδιών και τη συνταξιοδότησή τους [50]. Σήμερα, χωρίς να παραγνωρίζεται η βαρύτητα αντίστοιχων φαινομένων και η συμβολή τους στην ψυχιατρική νοσηρότητα, τα περιστατικά άγχους και κρίσεων πανικού, η σωματοποίηση, η ενδοοικογενειακή βία, η χρήση ουσιών και η κατάθλιψη και οι ψυχώσεις είναι τα πιο συχνά ζητήματα που θα αντιμετωπίσει ο επαγγελματίας υγείας της κινητής μονάδας, ενώ συχνά είναι και τα περιστατικά αυτοκτονικού ιδεασμού. Η κατάθλιψη ιδιαίτερα αναδεικνύεται σε μείζον πρόβλημα στην κοινότητα, καθώς ευθύνεται περίπου για το ένα τρίτο των περιστατικών που αντιμετωπίζει η κινητή μονάδα [51-53]. Οι γυναίκες, όσοι ζουν μόνοι, οι άνεργοι και οι νέοι ενήλικες ανήκουν επίσης στις ευάλωτες ομάδες της κοινότητας, ειδικά στο σημερινό περιβάλλον μιας διαρκούς οικονομικής ανασφάλειας. Άλλωστε η μέση τιμή της ηλικίας των ερωτώμενων στην παρούσα μελέτη ήταν τα 41 περίπου έτη. Παράλληλα, ο προηγούμενος εγκλεισμός σε ίδρυμα στιγματίζει περαιτέρω τον πάσχοντα, επιδεινώνει την κοινωνική του

θέση και ευνοεί τον αυτοκτονικό ιδεασμό [50,51]. Στην παρούσα μελέτη η κινητή μονάδα επιτελούσε έργο σε τακτική βάση και δεν επρόκειτο για μονάδα αντιμετώπισης κρίσεων, όπως συμβαίνει σε άλλες χώρες, οπότε η συμβολή της στην αποκέντρωση των υπηρεσιών ψυχικής φροντίδας δεν έγκειται μόνο στην αντιμετώπιση και την έγκαιρη παρέμβαση, αλλά και στη διαρκή συμβουλευτική και πρόληψη, λόγος άλλωστε για τον οποίο προσήλθαν στην κινητή μονάδα όλοι οι ερωτώμενοι της μελέτης [56].

Το πολύ καλό επίπεδο συνεργασίας μεταξύ της κινητής μονάδας και των άλλων επαγγελματιών της ΠΦΥ φαίνεται και σε άλλες μελέτες, από τις οποίες προκύπτει ότι το 40% περίπου των παραπομπών προς την κινητή μονάδα γίνεται από ιατρό της ΠΦΥ, ενώ το 24% από τους συγγενείς των ασθενών. Οι υπόλοιποι ασθενείς παραπέμπονται από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, άλλους επαγγελματίες υγείας και επαγγελματίες ή άτυπους κατ' οίκον φροντιστές [51, 53-55].

Η εμπειρία με τους ασθενείς στην κοινότητα έδειξε ότι θέλουν τον γιατρό και γενικότερα τον επαγγελματία υγείας ως τον πιστό τους θεραπευτικό σύμμαχο. Ο επαγγελματίας υγείας καλείται να υιοθετήσει μια φιλική, αλλά και ενεργό στάση, ειδικά στην αρχή μέχρις ότου εδραιωθεί ένα πλαίσιο εμπιστοσύνης στη σχέση του με τον ασθενή, διαφορετικά κινδυνεύει να θεωρηθεί απόμακρος και απρόσιτος [50,53]. Η κινητή μονάδα ενισχύει το προφίλ αυτό, καθώς ο επαγγελματίας υγείας μεταβαίνει ο ίδιος στον τόπο που διαμένει ο πάσχων και οι μέθοδοι που χρησιμοποιεί γίνονται προοδευτικά πιο οικείες στο ευρύ κοινό. Αυτό βοηθάει τελικά να περιοριστεί η προκατάληψη και το στίγμα που μπορεί να συνοδεύει τη διάγνωση μιας ψυχικής πάθησης, ειδικά σε κλειστές κοινωνίες που διαπνέονται από συντηρητισμό και είναι έντονα επικριτικές στη διαφορετικότητα.

Οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών, όπως είναι η Καρδίτσα και οι επαρχίες της, ειδικά οι πλέον ηλικιωμένοι από αυτούς είναι πιθανόν να βρίσκονται σε δυσχερή οικονομική θέση, ενώ μπορεί να συναντούν δυσκολίες σε διάφορα πρακτικά ζητήματα όπως η μετακίνηση και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, γεγονός που τονίστηκε στις συνεντεύξεις. Ειδικά οι ηλικιωμένοι καθυστερούν ή και αποτυγχάνουν να έρθουν σε επαφή με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας έπειτα από την έναρξη μιας ψυχικής διαταραχής [57].

Η αναγκαιότητα των ΚΜΥ γενικότερα – και όχι μόνον των ΚΜΨΥ- προκύπτει και από διεθνείς έρευνες που δείχνουν ότι η κοινότητα αγκαλιάζει παρόμοιες πρωτοβουλίες. Τα αποτελέσματα είναι έκδηλα σε περιοχές και χώρες με μεγάλη έκταση και διασπορά πληθυσμού ποικίλων κοινωνικών τάξεων. Πιο συγκεκριμένα, στη μελέτη της ΚΜΥ στο Νέο Δελχί [45] πραγματοποιήθηκαν 377 συνεντεύξεις εκ των οποίων οι 295 αφορούσαν σε συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν σε κοινοτικό επίπεδο και οι 82 αφορούσαν σε συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν κατά την έξοδο των εξυπηρετούμενων από τις Μονάδες Υγείας. Το 82% των ερωτηθέντων γνώριζαν την λειτουργία των κινητών μονάδων υγείας και μόλις πάνω από το ήμισυ 54,9% είχε χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες αυτών. Οι λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς

δεν απευθύνθηκαν στις εν λόγω Μονάδες ήταν διότι περισσότερο εμπιστεύονταν ιδιώτες ιατρούς, το χρονοδιάγραμμα της Κινητής Μονάδας το οποίο δεν εξυπηρετούσε τους ασθενείς, η μεγάλη λίστα αναμονής προκειμένου να εξυπηρετηθούν, η έλλειψη φαρμακευτικών σκευασμάτων και η μεγάλη απόσταση από τον τόπο κατοικίας τους. Τα αποτελέσματα από τις κοινοτικές συνεντεύξεις όσον αφορά το επίπεδο ικανοποίησης κατέδειξε ότι το επίπεδο ικανοποίησης αξιολογήθηκε ως πολύ υψηλό περιλαμβάνονται οι υπηρεσίες εμβολιασμού, οι ικανότητες και η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού, ενώ διαπιστώθηκε υψηλό επίπεδο δυσαρέσκειας από τη διαθεσιμότητα των φαρμάκων και τη διαθεσιμότητα των απαιτούμενων εξετάσεων. Περίπου το ένα τρίτο των ερωτηθέντων ήταν δυσαρεστημένοι με τους χρόνους που τηρούνται από τις κινητές μονάδες, ενώ τα δύο πέμπτα των ερωτηθέντων ήταν δυσαρεστημένοι με τον χρόνο αναμονής.

Και στην περίπτωση της Σαουδικής Αραβίας [46], σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες (93,2%) είχαν χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες κινητών μονάδων στο παρελθόν. Οι πιο κοινές πηγές των πληροφοριών για παραπομπές των ασθενών στις κινητές μονάδες ήταν οι σεΐχηδες (γενάρχες) (39,2 %) και οι φίλοι τους (35,8%). Η απόσταση από το σπίτι έως την κινητή μονάδα κυμάνθηκε από 0,5 χλμ. έως 13,0 χιλιόμετρα. Πριν από την έναρξη της λειτουργίας των κινητών μονάδων υγείας, η πλειοψηφία (93,2%) του πληθυσμού είχε λάβει υπηρεσίες από ένα κέντρο πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης το οποίο βρισκόταν σε άλλο χωριό, με μέσο χρόνο ταξιδιού το λιγότερο μιας ώρας. Συνεπώς η ΚΜΥ έλυσε εκτός των άλλων και ένα σημαντικό πρόβλημα προσβασιμότητας, ειδικά εκεί όπου οι κλιματολογικές συνθήκες και οι τοπικές ιδιομορφίες δημιουργούν προβλήματα.

Οι ΚΜΨΥ μπορούν να προσφέρουν και στο συγκεκριμένο τομέα, εφόσον υπάρξει και ανάλογη εκπαίδευση των στελεχών τους. Η οικονομική κρίση έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών, που πλέον αδυνατούν να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, συχνά για λόγους αποστάσεων, ενώ παράλληλα διαπιστώνεται αύξηση των κοινών ψυχικών διαταραχών, όπως και αναμένεται σε παρόμοιες περιπτώσεις [54,55,58]. Η σχέση της ανέχειας με τις ψυχικές διαταραχές είναι τεκμηριωμένη και αμφίδρομη, που σημαίνει ότι οι άνθρωποι που φτωχοποιούνται διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν ψυχικά νοσήματα και, αντίστροφα, όσοι πάσχουν από ψυχικό νόσημα έχουν αυξημένες πιθανότητες να βρεθούν σε συνθήκες φτώχειας ή να παραμείνουν σε τέτοιες συνθήκες. Οι ΚΜΨΥ, παρέχουν δημόσια, δωρεάν και εύκολα προσβάσιμη φροντίδα και μπορούν να έχουν πρωταγωνιστικό ρόλο σε επίπεδο ΠΦΥ στις παρούσες συνθήκες. Ειδικά σε χώρες με χαμηλό εισόδημα η φροντίδα ψυχικής υγείας παρέχεται αποτελεσματικά στην κοινότητα και στα πλαίσια της ΠΦΥ [52,52,59].

Η διατήρηση και η επέκταση του θεσμού των μονάδων ψυχικής υγείας, που αίρουν τους γεωγραφικούς περιορισμούς στην πρόσβαση είναι θεμελιώδους σημασίας για το αγαθό της υγείας. Απαραίτητη προϋπόθεση για την παροχή φροντίδας είναι η ανάπτυξη ενός πλέγματος

υπηρεσιών για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση μέσα στο πλαίσιο της κοινότητας. Οι ΚΜΨΥ παράγουν σημαντικό κλινικό και ερευνητικό έργο και έχουν κατορθώσει να ελαττώσουν τις εισαγωγές ψυχωσικών ασθενών που παρακολουθούν κατά ένα τρίτο περίπου, σε σχέση με το παρελθόν [32,33]. Η αξιοποίηση ευρωπαϊκών πρωτοβουλιών και προγραμμάτων σε επίπεδο ΠΦΥ και η εφαρμογή της τηλεϊατρικής αναμένεται να προσφέρουν ακόμα περισσότερες υπηρεσίες στον τομέα της ψυχικής φροντίδας όπου οι ανάγκες των ασθενών δεν καλύπτονται επαρκώς από τις προγραμματισμένες επισκέψεις.

Περιορισμοί

Η παρούσα έρευνα υπόκειται σε ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς. Το δείγμα των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό για δυο λόγους: διότι το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτώμενων είναι πολύ υψηλότερο από εκείνο των εξυπηρετούμενων της Μονάδας στο σύνολό τους και γιατί προέρχεται από μία μονάδα μόνο. Επιπρόσθετα σε ορισμένες ερωτήσεις οι συνεντευξιαζόμενοι ζητούσαν διευκρινήσεις για το νόημα και το περιεχόμενο της ερώτησης και επομένως οι απαντήσεις τους ελέγχονταν για την ειλικρίνειά τους. Όσον αφορά τις ερωτήσεις σχετικά με την αξιολόγηση της Μονάδας ως πλαίσιο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, επειδή η ερευνήτρια ανήκει στο διεπιστημονικό προσωπικό της Μονάδας οι απαντήσεις που δόθηκαν μπορεί να έχουν βαθμό μεροληψίας.

7.1 Συμπεράσματα

Η διερεύνηση των κοινωνικών αναγκών των ατόμων που επισκέπτονται μονάδα ψυχικής υγείας έχει ελάχιστα μελετηθεί στην Ελλάδα καθώς δεν έχουν δημιουργηθεί ερευνητικά εργαλεία που να βοηθούν στην εξαγωγή σχετικών συμπερασμάτων. Στην παρούσα μελέτη, σχεδιάστηκε το ερωτηματολόγιο της συνέντευξης με βάση το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο που θεωρεί τον άνθρωπο ως ενιαία βιοψυχοκοινωνική οντότητα, εξετάζοντας διάφορες πτυχές της καθημερινής του ζωής και κατά πόσο αυτές επηρεάζουν την σωματική και ψυχική υγεία τους. Επίσης διερευνήθηκε η στάση τους απέναντι στην υπηρεσία ψυχικής υγείας από όπου λάμβαναν συμβουλευτική στήριξη κατόπιν αιτήματος με το οποίο προσήλθαν στην μονάδα. Οι απαντήσεις των ερωτώμενων συσχετίστηκαν και με τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά.

Από την επεξεργασία των δεδομένων προέκυψε ότι σχεδόν οι περισσότερες ερωτώμενες είτε είχαν πέσει θύματα ρατσιστικών σχολίων είτε εξέφραζαν οι ίδιες ρατσιστικές τάσεις προς μεμονωμένες κοινωνικές ομάδες. Όσον αφορά τις κοινωνικές τους ανάγκες, προέκυψε ότι αυτές δύσκολα ικανοποιούνται δεδομένου ότι στις τοπικές επαρχιακές κοινωνίες παρόλο που τα κοινωνικά δίκτυα είναι πιο ισχυρά, τα άτομα παρόλα αυτά περιορίζουν τις

κοινωνικές τους συναναστροφές λόγω αντικειμενικών παραγόντων όπως χαμηλό εισόδημα ή αυξημένες κοινωνικές υποχρεώσεις. Ωστόσο η έρευνα κατέδειξε ότι υπάρχει σημαντικός αριθμός γυναικών που οι απαντήσεις τους εξέφραζαν ικανοποίηση από την κάλυψη των αναγκών τους. Επίσης, σύμφωνα με μια άλλη έρευνα, με θέμα την κοινωνική δικτύωση, έδειξε ότι η προσκόλληση στην οικογένεια και τους φίλους συσχετίζεται με καλύτερη αυτοεκτίμηση της υγείας των ατόμων και ότι τα κοινωνικά υποστηρικτικά δίκτυα επιδρούν με θετικό τρόπο στην διαχείριση των αντίξωων συνθηκών της ζωής. Επιπρόσθετα, στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ισχυρός συσχετισμός της οικονομικής επιφάνειας με την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών.

Τέλος εκφράστηκαν αρκετά θετικά σχόλια για το έργο της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας και τονίστηκε ιδιαιτέρως η χρησιμότητά της, καθώς αποτελεί έναν φορέα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσα στην κοινότητα, κοντά στο φυσικό περιβάλλον του εξυπηρετούμενου, κοντά στον τόπο κατοικίας του και εύκολα προσβάσιμο λόγω του ότι δεν απαιτείται χρηματικό αντίτιμο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Αυτό το στοιχείο την κάνει ακόμη πιο προσιτή σε μεγαλύτερες ομάδες πληθυσμού.

Στόχος επομένως των ιατροκοινωνικών υπηρεσιών των Κινητών Μονάδων θα πρέπει να είναι η επίτευξη όσο το δυνατόν μεγαλύτερης ικανοποίησης των ασθενών με το μικρότερο δυνατό κόστος και για τους εξυπηρετούμενους και για την λειτουργία της Μονάδας. Βάσει της βιβλιογραφίας έχει βρεθεί ότι οι Κινητές Μονάδες, πληρούν τις προϋποθέσεις για να αποτελούν οικονομικό φορέα παροχής υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής υγείας με πολύ μικρό κόστος και με δεδομένη την επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης στον ελλαδικό χώρο τα τελευταία χρόνια.

Η πολιτεία αξίζει να επενδύσει στην ενσωμάτωση των Κ.Μ.Ψ.Υ. στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έτσι ώστε να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα χρηματοδότησης που αντιμετωπίζουν αλλά και να ικανοποιηθούν οι αυξημένες ανάγκες του πληθυσμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.Μαδιανός Γ.Μ. Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική. Εκδ. Καστανιώτη. Αθήνα, 2000: 23.
- 2.Niedzwiedz C., et al. The association between life course socioeconomic position and life satisfaction in different welfare states: European comparative study of individuals in early old age. *Age Ageing*. 2014, 43(3):431-436.
- 3.Κοτσαγιώργη Ι., Λυμπερή Β. Η έννοια της ανάγκης ως δυναμικό εναλλασσόμενο φαινόμενο. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 2011;10(1):22-37.
- 4.Πολυκανδριώτη Μ., Κουτελέκος Ι. Ανάγκες ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*,2013: 2(2).
- 5.Πολυκανδριώτη Μ., Κουτελέκος Ι. Ανάγκες ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*,2013: 2(2).
- 6.Θεοφίλου Π. Η συμβολή των κοινωνικών επιστημών στην αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. *e -Journal of Science & Technology*, 2011: (2)6, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://e-jst.teiath.gr>.
- 7.Φακιολάς Ν. Επίδραση κοινωνικών δικτύων στην υγεία. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 137-138 Α'-Β', 2012, 201-232.
- 8.Woo-kyoung A, Proctor C, Flanagan E. Mental Health Clinicians' Beliefs About the Biological, Psychological, and Environmental Bases of Mental Disorders. *Cogn Sci*. Mar 2009; 33(2): 147-182.
- 9.Reeves D., et al. The Contribution of Social Networks to the Health and Self-Management of Patients with Long-Term Conditions: A Longitudinal Study. *PLoSOne*. 2014, 9(6).
- 10.Μπότσιου Μ., & Παπαβασιλείου Ι. Το κοινωνικό στίγμα και η επίδρασή του στην επαγγελματική ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Στο Π. Γιαβρίμης, Ε. Παπάνης, Α. Βίκη (επιμ.), Έρευνα Εκπαιδευτική Πολιτική και Πράξη στην Ειδική Αγωγή, Τόμος Β, *Επιλεγμένες Εργασίες*, Θεσσαλονίκη, 2011: 173-185.
- 11.World Health Organization. Investing in Mental Health. Geneva: World Health Organization, 2003
- 12.World Health Organization. Mental Health Policy, Plans and Programmes. Geneva: World Health Organization, 2004
- 13.World Health Organization. Mental Health Policy, Plans and Programmes. Geneva: WorldHealthOrganization, 2004
- 14.Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας. Αρχείο Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Καρδίτσας.

- 15.Καθορισμός του τρόπου λειτουργίας και στελέχωσης των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας του άρθρου 7 του ν.2716/99 καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του ίδιου άρθρου, ΦΕΚ 691/5-6-2001
- 16.Ανώνυμος συγγραφέας. Ταυτότητα και αποστολή Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://kmpsylvelladas.worldpress.com/2014/02/25/ταυτότητα-και-αποστολή-κινητής-μονάδας>. Πρόσβαση στις 15/6/2015
- 17.Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας. Αρχείο Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Καρδίτσας.
- 18.Καθορισμός του τρόπου λειτουργίας και στελέχωσης των Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας του άρθρου 7 του ν.2716/99 καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του ίδιου άρθρου, ΦΕΚ 691/5-6-2001
- 19.Ιατρικό Βήμα. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006». Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [www.iatrikionline.gr/IB102/EPIXEIRPROGRAMMA](http://www.iatrikionline.gr/IB102/EPIXEIRPROGRAMMA.pdf). pdf. Πρόσβαση στις 2.1.2016
- 20.Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας. Αρχείο Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Καρδίτσας.
- 21.Schumann G., et al. Stratified medicine for mental disorders. EuropeanNeuropsychopharmacology, 2014, 24: 5-50
- 22.Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών. Ψυχική Υγεία, Σύγχρονες Προσεγγίσεις – Προβληματισμοί. Επιμέλεια Εκδ. Ε. Γραμματικοπούλου. Εκδ. Επιστήμης Κοινωνία. 2011
- 23.Ανώνυμος συγγραφέας. Επιδημιολογία και ψυχικές διαταραχές. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://ypyp.gr/GR/healthgr/healthgr.htm>. Πρόσβαση στις 7/2/2015
- 24.Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ψυχαργός Γ'(2011-2020). Ομάδα εργασίας για την αναθεώρηση του «Ψυχαργός». Νοέμβριος 2011.
- 25.Ανώνυμος συγγραφέας. Ψυχική Υγεία. Το 25% των χωρών της ΕΕ εμφανίζει ψυχική διαταραχή. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.onmed.gr. Πρόσβαση στις 4/6/2015
- 26.Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ψυχαργός Γ'(2011-2020). Ομάδα εργασίας για την αναθεώρηση του «Ψυχαργός». Νοέμβριος 2011.
- 27.Οικονόμου Μ., και συν. Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία: Επιπτώσεις στην επικράτηση κοινών ψυχικών διαταραχών. Ψυχιατρική 2013, 24:247–261
- 28.Σταυριανάκος Κ., Κονταξάκης Β., Μουσσάς Γ., Παπλός Κ., Παπασλάνης Θ., Χαβάκη-Κονταξάκη Μ., Παπαδημητρίου Γ.Ν. Απόπειρες αυτοκτονίας στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Αθήνα. Ψυχιατρική 2014, 25:104–110
- 29.Κονταξάκης Β.Π., Χαβάκη-Κονταξάκη Μ.Ι. Οι συνέπειες των μεγάλων οικονομικών κρίσεων στη σωματική και ψυχική υγεία των πολιτών. Ψυχιατρική 2012, 32 τ.2
- 30.Αρχεία ΚΜΨΥ Σπάρτης. ΑΜΚΕ «ΑΠΟΣΤΟΛΗ»

31. Φιλανθρωπικός Οργανισμός Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών. Δραστηριότητες. Δομές. Κ.Μ.Ψ.Υ. Σπάρτης. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.mkoapostoli.com/?page_id=1161. Πρόσβαση στις 7/9/2015
32. Περιτογιάννης Β.Κ., Μανθοπούλου Θ., Γιώτη Π., Μαυρέας Β. Η εξαετής πορεία της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας. ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ 2013, Τόμος 9, Τεύχος 2
33. Δημοπούλου Μ, Φαντι Ρ, Κιουρκτή Β, Λούβρος Κ, Ζεννετού Ι, Καββαδία Α. και συν. Ψυχοκοινωνική παρέμβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ανάπτυξη της κινητής μονάδας ψυχικής υγείας Κέρκυρας/Λευκάδας. Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος 2011, 8:44-48
34. Περιτογιάννης Β., Ληξουριώτης Χ., Μαυρέας Β. Η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2014, 31(6):669-677
35. Αρχεία ΚΜΨΥ Καρδίτσας. ΑΜΚΕ «ΑΠΟΣΤΟΛΗ»
36. Φιλανθρωπικός Οργανισμός Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών. Δραστηριότητες. Δομές. Κ.Μ.Ψ.Υ. Καρδίτσας. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.mkoapostoli.com/?page_id=1161. Πρόσβαση στις 7/9/2015
37. Iris Society for Quality & Safety in Healthcare, Health Services National Partnership Forum & The Health Boards Executive. Measurements of Patient Satisfaction Guidelines : Health Strategy Implementation Project, Tullamore, Co. Ofally, The Health Boards Executive, 2003
38. Donabedian, A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Health Administration Press, 1980
39. Petersen, M.B. Measuring patient satisfaction: Collecting useful data. Journal of Nursing Quality Assurance, 1988, 2(3):25-35
40. Guzman, P.M., Sliepcovich, E.M., Lacey, E.P., Vitello, E.M., Matten, M.R., Woehlke, P.L., Wright, W.R. Tapping patient satisfaction: A strategy for quality assessment. Patient Education and Counseling, 1988, 12: 225-233
41. Williams, B. Patient satisfaction: a valid concept? SocSciMed, 1994, 38: 509-516.
42. Πίνη, Α., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., Μπαμίδης, Π., Νιάκας, Δ. Μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία, Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής επιστήμης, 2011, 4,(4):42-52

- 43.Αναγνωστοπούλου, Ι., Σίσκου, Ο., Γαλάνης, Π. Αξιολόγηση και Διερεύνηση των Παραγόντων που Επηρεάζουν την Ικανοποίηση των Ασθενών από το Κέντρο Υγείας Αταλάντης Νοσηλευτική, 2012, 51:216–226
- 44.Αναγνωστοπούλου, Ι., Σίσκου, Ο., Γαλάνης, Π. Αξιολόγηση και Διερεύνηση των Παραγόντων που Επηρεάζουν την Ικανοποίηση των Ασθενών από το Κέντρο Υγείας Αταλάντης Νοσηλευτική, 2012, 51:216–226
- 45.Binod, K.P., Rakesh, K., Anil, G., Baridalyne, N., Chandrakant, S.P.UG Study Group, Community Perception and Client Satisfaction about the Primary Health Care Services in an Urban Resettlement Colony of New Delhi Indian J Community Med, 2008, 33:250–254.
- 46.Harutyunyan, T., Demirchyan, A., Thompson, M., Petrosyan, V. Patient satisfaction with primary care in Armenia: good rating of bad services?HealthServManageRes, 2010, 23:12-17.
- 47.Παρασκευοπούλου-Κόλλια Ε.Α. Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες και συνεντεύξεις. The Journal for Open and Distance Education and Educational Technology. 2008, 1(4).
- 48.Ραφτόπουλος Β. Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Αυτοέκδοση. Λευκωσία, 2009, 289-301.
- 49.Banister P, Burman E, Parker I, Taylor M, Tindall, C. Qualitative methods in psychology: A research guide. Buckingham: Open University Press,1994
- 50.Ierodiakonou CS. Am J Psychother. 1983,37(4):544-51.
- 51.Peritogiannis V, Mantas C, Alexiou D, Fotopoulou V, Mouka V, Hyphantis T. The contribution of a mobile mental health unit to the promotion of primary mental health in rural areas of Greece: A 2-year follow-up. Eur Psychiatry 2011, 26:425–427
- 52.Salve H, Goswami K, Nongkynrih B, Sagar R, Sreenivas V. Prevalence of psychiatric morbidity at Mobile Health Clinic in an urban community in North India. GenHospPsychiatry. 2012,34(2):121-6.
- 53.Περιτογιάννης Β, Μαυρέας Β. Οι κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Το παράδειγμα των κινητών μονάδων ψυχικής υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014, 31 (1) 71-76
- 54.Lund C, De Silva M, Plagerson S, Cooper S, Chisholm D, Das J et al. Poverty and mental disorders: Breaking the cycle in low-income and middle-income countries. Lancet 2011, 378:1502–1514

- 55.Μπούρας Γ, Λυκουρας Α. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία. Εγκέφαλος 2011, 48:54–61
- 56.Ferris LE, De Siato C, Sandercock J, Williams JI, Shulman KI; Working Group. A descriptive analysis of two mobile crisis programs for clients with severe mental illness. Can J Public Health. 2003,94(3):233-7
- 57.Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus H, Wells K, Kessler R. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005, 62:603–613
- 58.Γιωτάκος Ο. Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Ψυχιατρική 2010, 21:195–204
- 59.Στυλιανίδης Σ, Παντελίδου Σ. Οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας Κυκλάδων (ΕΠΑΨΥ) σαν πολλαπλασιαστής δράσεων για τη δημόσια ψυχική υγεία. Τετράδια Ψυχιατρικής 2006, 96:18–24

